

АБДОМИНАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

А. С. СЛЕПЫХ



В монографии представлены данные литературы и многочисленные собственные клинические наблюдения автора относительно места операции абдоминального кесарева сечения в современном акушерстве. В книге читатель найдет интересные сведения о частоте абдоминального разрешения, современных показаниях к производству данной операции, а также противопоказаниях и условиях выполнения этого оперативного вмешательства.

При описании техники производства операции автор книги подчеркивает преимущества метода вскрытия матки в нижнем маточном сегменте с поперечным разрезом. Большой практический интерес представляет вопрос о возможности абдоминального родоразрешения при инфантированных родах.

Излагая ближайшие и отдаленные результаты операции абдоминального кесарева сечения, автор подробно останавливается на материнской летальности, гинекологической заболеваемости, течении беременности и родов после произведенной операции, а также на опасностях разрыва матки по рубцу.

Подробно освещен вопрос о патоморфологических и гистохимических особенностях послеоперационного рубца матки после бывшей операции кесарева сечения.

Монография заканчивается рассмотрением вопросов исхода кесарева сечения для плода и новорожденного и акушерской тактики при ведении беременности у женщин, перенесших ранее кесарево сечение.

Книга рассчитана на практических врачей и научных работников, интересующихся проблемой абдоминального родоразрешения в современном акушерстве.

**АБДОМИНАЛЬНОЕ
КЕСАРЕВО
СЕЧЕНИЕ
В СОВРЕМЕННОМ
АКУШЕРСТВЕ**



А. С. СЛЕПЫХ

akusher-lib.ru



РЕФЕРАТ

В монографии представлены данные литературы и многочисленные собственные клинические наблюдения автора относительно места операции абдоминального кесарева сечения в современном акушерстве. В книге читатель найдет интересные сведения о частоте абдоминального разрешения, современных показаниях к производству данной операции, а также противопоказаниях и условиях выполнения этого оперативного вмешательства.

При описании техники производства операции автор книги подчеркивает преимущества метода вскрытия матки в нижнем маточном сегменте с поперечным разрезом. Большой практический интерес представляет вопрос о возможности абдоминального родоразрешения при инфицированных родах.

Излагая ближайшие и отдаленные результаты операции абдоминального кесарева сечения, автор подробно останавливается на материнской летальности, гинекологической заболеваемости, течении беременности и родов после произведенной операции, а также на опасностях разрыва матки по рубцу.

Подробно освещен вопрос о патоморфологических и гистохимических особенностях послеоперационного рубца матки после бывшей операции кесарева сечения.

Монография заканчивается рассмотрением вопросов исхода кесарева сечения для плода и новорожденного и акушерской тактики при ведении беременности у женщины, перенесших ранее кесарево сечение.

Книга рассчитана на практических врачей и научных работников, интересующихся проблемой абдоминального родоразрешения в современном акушерстве.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Кесарево сечение — операция, которую производят широкий круг врачей акушеров-гинекологов и очень многие хирурги, оказывая неотложную помощь женщине во время беременности и родов.

В современных условиях пересмотр показаний к кесареву сечению в интересах сохранения здоровья матери и ребенка приводит к некоторому увеличению числа этих операций. Однако, учитывая ближайшие и отдаленные последствия кесарева сечения для матери и последующих родов, необходимо серьезно оценивать показания к этой операции, с учетом индивидуальных особенностей в каждом случае. Важным является выбор метода кесарева сечения, а также вид обезболивания при операции с учетом интересов как матери, так и особенно плода.

А. С. Слепых в своей монографии на основании анализа большого числа собственных наблюдений и исследований, а также сборных статистик многочисленных отечественных и особенно зарубежных авторов, освещает основные вопросы, связанные с кесаревым сечением (частота операции, материнская летальность, детская смертность и др.).

Располагая большими статистическими данными и собственными клиническими наблюдениями, автор получил достоверные сведения и обобщил все вопросы, связанные с кесаревым сечением на современном уровне развития акушерской науки.

А. С. Слепых широко освещает показания к операции кесарева сечения, а также непосредственные и отдаленные результаты в зависимости от метода операции. Автор ясно показывает все преимущества и целесообразность применения кесарева сечения в нижнем сегменте матки перед корпоральным.

В настоящее время во всех странах мира кесарево сечение в нижнем сегменте матки с поперечным его рассечением является операцией выбора.

В интересах сохранения здоровья женщины и ее детородной функции необходимо использовать при кесаревом сечении преимущественно поперечный разрез в нижнем сегменте матки. Преимущества этого метода: меньшая опасность гипотонического кровотечения и инфицирования брюшной полости; легче зашивать разрез маточной стенки; осуществляется наиболее совершенная перитонизация маточной раны; лучше и прочнее формируется рубец на маточной стенке; в дальнейшем реже наблюдаются спаечные процессы в брюшной полости и редко встречаются разрывы матки при последующих беременностях и родах; лучше сохраняется трудоспособность женщины и ее детородная функция.

Автор, показав преимущества операции кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего сегмента матки, дает подробное описание техники этой операции. Последняя может быть выполнена в большинстве случаев (примерно в 80%), включая и те, когда кесарево сечение производится до начала родовой деятельности, так как нижний сегмент матки к концу беременности хорошо выражен. На основании большого числа клинических наблюдений автор убедительно показывает, что при необходимости применения кесарева сечения следует производить операцию своевременно, особенно если она производится в интересах плода.

Большой клинический опыт автора и его деятельность в прошлом — в качестве Главного акушера-гинеколога Министерства здравоохранения одной из союзных республик, позволили хорошо и убедительно изложить в данной монографии важный раздел акушерской помощи.

Книга будет хорошим пособием для акушеров-гинекологов и многих хирургов районных и городских больниц в их практической деятельности.

Немало интересного в этой монографии найдут научные работники и преподаватели медицинских институтов.

*Действительный член АМН СССР
заслуженный деятель науки БССР
профессор Л. С. ПЕРСИАНИНОВ*

ВВЕДЕНИЕ

Среди многочисленных акушерских операций абдоминальному кесареву сечению принадлежит одно из ведущих мест. Между тем уже давно этой операции в нашей стране не было посвящено фундаментального исследования.

Вышедшая в 1934 г. монография Г. А. Бакшта «Абдоминальное родосечение (кесарское сечение) в современном акушерстве» стала библиографической редкостью и в значительной мере устарела. То же относится и к монографии Я. Н. Полонского «Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения», изданной в 1939 г.

В журнальных статьях или в отдельных разделах руководств по акушерству, естественно, нельзя охватить все вопросы, относящиеся к проблеме абдоминального родоразрешения.

В настоящее время в связи с успешным развитием медицинской науки и практики многие вопросы кесарева сечения стали рассматривать с новых позиций. В особенности это относится к показаниям и технике операции. Автор сделал попытку установить, какой удельный вес имеет абдоминальное родоразрешение в современном акушерстве. С этой целью был проведен анализ данных литературы преимущественно после 1950 г., поскольку более старые литературные источники во многом утратили свое научное значение. Кроме того, изучены результаты 1160 операций абдоминального родоразрешения, произведенных после 1950 г. во многих родовспомогательных учреждениях Молдавской ССР и в родильных домах Барнаула.

Наряду с анализом клинических данных были проведены патоморфологические и гистохимические исследования маточных рубцов, иссеченных при повторных кесаревых сечениях, а также бактериологическое изуче-

ние околоплодных вод и мазков со стенок матки, взятых во время операции.

Пользуясь случаем, приношу сердечную благодарность действительному члену АМН СССР проф. Л. С. Персианинову за консультативную помощь, оказанную им в процессе работы над этой проблемой.

Автор будет глубоко признателен всем, кто выскажет критические замечания по вопросам, рассматриваемым в книге.

akusher-lib.ru

ОСНОВНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Извлечение ребенка из чрева умершей матери путем разреза брюшной стенки и матки производилось, по-видимому, еще в глубокой древности. Каждая народность, достигшая для своего времени достаточно высокого уровня цивилизации, оставила упоминания, хотя и недостоверные, о таком вмешательстве (индусы, египтяне, евреи). В греческой мифологии говорится, что Дионис и Эскулап были вырезаны из чрева умерших матерей — Селемы и Корониды. У Плиния в «Естественной истории» указывается, что таким же образом был рожден Юлий Цезарь.

Однако освобождение ребенка из чрева матери допускалось не во всех странах. Согласно корану, например, категорически запрещалось вскрытие трупа матери с целью извлечения ребенка и указывалось, что он должен быть уничтожен как порождение дьявола.

Началом общественной истории кесарева сечения можно считать конец VII века до нашей эры, когда римский император Нума Помпилий издал «Lex regia», по которому запрещалось погребение беременных женщин без предварительного извлечения ребенка путем чревосечения. Это правило вошло затем почти во все законодательства европейских стран и сохранилось до настоящего времени. Этому в значительной степени способствовала христианская церковь, сохранившая закон Нумы Помпилия для обязательного крещения ребенка. Имеются также указания, что в средние века путем производства кесарева сечения было рождено несколько человек.

Однако все эти случаи касаются производства операции на мертвой женщине. Хотя Мансфельд¹ в книге «Возраст кесарева сечения» (1824) пишет, что им най-

¹ Цит. по Benzi.

дено в еврейской религиозной книге Мишнаут (140 г. до нашей эры) упоминание о случае извлечения ребенка из чрева живой матери, достоверных данных о производстве этой операции на живой женщине до периода Средневековья не имеется.

В истории известно несколько случаев производства кесарева сечения на живой женщине. Мясник Jakob Nufeg в 1500 г. сделал своей жене лапаротомию и извлек ребенка, после того как 13 повитух перед этим безуспешно пытались произвести родоразрешение естественным путем. В 1540 г. подобную операцию произвел Cristoforo Baini.

В 1581 г. вышла первая книга François Rosset¹, в которой описывалось 14 случаев операции кесарева сечения. Однако ни в одном случае не было дано описания разреза матки.

Началом научной истории кесарева сечения можно, по-видимому, считать конец XVI или начало XVII столетия, когда Levret² описал сравнительно точно методику операции и показание к ней — абсолютное сужение таза.

Интересно отметить, что появление термина «кесарево сечение» относится к позднему Средневековью. Quescke на основании анализа многочисленных старых литературных источников считает, что французский термин «section caesarienne» относится к 1581 г., латинский «sectio caesarea» — к 1586 г., а немецкий «Kaiserschnitt» — к 1679 г. Martius полагает, что название «sectio caesarea» впервые было дано в 1637 г. иезуитом Theophilus Raynaudus.

В этой связи уместно остановиться на самом понятии «sectio caesarea». В происхождении этого термина усматривают тавтологию, ссылаясь обычно на известного римского историка Плиния. В «Естественной истории» Плиния² имеется следующая запись: «...primusque Caesareum, a caeso matris utero dictus; qua de causa et Caesones appellat». В переводе с латинского это означает: «...и имя Caesareum, данное из-за разрезания матки матери; по той же причине и Caesones назван...» Слова Caesareum, Caesones происходят от глагола caedere — резать. В то же время sectio происходит от глагола «secare», что так-

¹ Цит. по Г. Г. Гентеру.

² Цит. по Young.

же означает резать, рассекать. Однако во времена Плиния еще не существовал термин «sectio caesarea», который появился только в средние века. А в то время общепринятым языком среди врачей был латинский, которым они владели в совершенстве. Поэтому трудно представить, чтобы врачи не понимали бессмысленности сочетания двух этих слов. В приведенной же цитате из Плиния речь идет не о названии операции, а о происхождении имени.

Немецкое выражение «Kaiserschnitt» появилось спустя столетие после термина *sectio caesarea* и является неправильным переводом с латинского, т. е. имелось в виду не собственное имя *Caesar*, а нарицательное, которым после его смерти стали называть правителя — царя, императора.

В. С. Груздев считает, что эту операцию более правильно называть не *sectio caesarea*, а *sectio regia*, связывая происхождение этого термина с кодексом законов римского императора Нумы Помпилия.

Надо полагать, что происхождение названия операции все-таки связано с именем Кая Юлия Цезаря, который сам был извлечен абдоминальным путем, за что и получил имя *Caesar*. Этот термин ничего общего не имеет со словом *caesar* («кесарь»). Поэтому наименование операции «кесарское сечение» является не вполне правильным.

Первое исторически достоверное кесарево сечение на живой женщине было произведено 21 апреля 1610 г. хирургом *Jeremias Trautmann*¹ из Виттенберга. Ребенок был извлечен живым, а мать умерла через 4 недели, причем при вскрытии не установлено связи между причиной смерти и операцией.

В XVII веке кесарево сечение производилось в единичных случаях. Сторонниками этой операции были такие известные врачи, как *Levret* и *Beaudelocque*¹. Результаты кесарева сечения были почти всегда неблагоприятными. Операцию обычно делали на дому, стенка матки оставалась незашитой, что являлось источником кровотечения и развития инфекции. Отрицательные результаты кесарева сечения породили многочисленных и яростных противников этой операции. Так, парижский

¹ Цит. по Г. Г. Гентеру.

акушер Sacombe¹ организовал даже свою «Ecole anti-caesarienne», которая выпускала труды и выдавала премии за лучшие доклады по акушерству, направленные против кесарева сечения. Выдавалась также серебряная медаль, на одной стороне которой было выгравировано «Plus d'operation caesarienne», на другой — «Ecole anti-caesarienne de Sacombe».

В России первая операция кесарева сечения была сделана в 1756 г. Эразмусом, а затем в 1796 г. Зоммером.

В 1780 г. Данило Самойлович защитил первую диссертацию, посвященную кесареву сечению. Введение антисептики (Земмельвейс, 1847; Листер, 1867) существенно не отразилось на результатах кесарева сечения, поскольку исход операции определялся не попаданием экзогенной инфекции, а осложнениями, связанными с оставлением матки незашитой.

Зашивание разреза матки, предложенное Lebas¹ (1770) и с успехом осуществленное Polin¹ (1852), не встретило понимания и отвергалось такими акушерами, как Сканцони, Негеле, Цвайфелем и др. Поэтому, несмотря на отдельные удачные результаты, решение о производстве кесарева сечения являлось тогда смертным приговором для женщины. Достаточно сказать, что в Германии летальность от этой операции составляла 62%, в Англии — 73%, в Дании и Норвегии — 95%, а в Париже и Вене — 100%.

Началом второго этапа операции кесарева сечения следует считать 1876 г., когда Г. Е. Рейн и независимо от него Рогго предложили после извлечения ребенка удалять тело матки, а культю шейки матки вшивать в рану передней брюшной стенки. Идея этого предложения заключалась в удалении источника инфекции и кровотечения.

По тому времени предложение Г. Е. Рейна и Рогго являлось прогрессивным, так как осуществление этой операции позволило снизить материнскую летальность до 24,8% (Truzzi).

Второй этап развития кесарева сечения длился недолго. Действительно новую эру в эволюции кесарева сечения создало введение маточного шва, с момента которого начинается третий этап развития кесарева се-

¹ Цит. по Г. Г. Гентеру.

чения. Введение маточного шва за рубежом связывают с именем Кеггера, который в 1881 г. сделал кесарево сечение с наложением на разрез матки трехэтажного шва.

Однако необходимо отметить, что еще в 1876 г. Штольц¹ первый в России произвел кесарево сечение с последующим зашиванием матки. В 1881 г. русский врач А. Э. Шмидт¹ защитил диссертацию на тему «Клинические и экспериментальные исследования о маточном шве».

Зашивание матки при производстве кесарева сечения способствовало снижению послеоперационной летальности до 7% и менее. Появились различные модификации операции: Müller предложил донно-сагиттальный разрез матки, Fritsch — донно-поперечный, Cohnstein-Polano — продольный разрез по задней стенке матки (Г. Г. Гентер).

Операцию кесарева сечения стали производить не только по абсолютным, но и по относительным показаниям. Кесарево сечение твердо вошло в акушерскую практику, что было отражено в решениях III Международного конгресса акушеров-гинекологов (1899).

Несмотря на значительное улучшение исходов кесарева сечения для матери и плода к началу XX века, результаты этой операции все же не могли удовлетворять акушеров-гинекологов. Материнская летальность и перинатальная смертность оставались еще высокими. Перитонит по-прежнему являлся бичом этой операции.

Развитие микробиологии и бактериологии привело к возникновению бактериофобии. В это время среди акушеров начала господствовать концепция Veit², согласно которой операцию можно было производить только при заблаговременном поступлении женщины в стационар, нормальной температуре и сохраненных околоплодных водах. Однако далеко не все акушеры придерживались указанных положений.

К этому же периоду относятся поиски усовершенствованных методов операции кесарева сечения при инфицированных родах. Для предотвращения попадания инфицированного содержимого матки в брюшную полость

¹ Цит. по К. Н. Жмакину.

² Цит. по Г. Г. Гентеру.

Veit предложил перед вскрытием матки сшивать париетальную брюшину с висцеральной (маточной), Sellheim рекомендовал после опорожнения матки края маточной раны фиксировать швами к кожной ране, Portes выводил матку целиком наружу, изолировал брюшную полость путем сшивания париетальной брюшины с маткой и после вскрытия и опорожнения матки оставлял ее вне брюшной полости. Через 20—30 дней производилось погружение матки в брюшную полость.

Более приемлемым оказалось предложение Frank¹ (1907), который рекомендовал производить над симфизом поперечный разрез брюшной стенки, сшивать париетальную и висцеральную брюшину с целью изоляции брюшной полости и вскрывать матку в нижнем ее отделе поперечным разрезом. В дальнейшем операция Frank послужила основанием для разработки так называемого трансперитонеального цервикального ретровезикального кесарева сечения (операция Sellheim — Krönig — Opitz)¹.

В 1908—1909 гг. Küstner, Latzko, Döderlein и др.¹ разработали экстраперитонеальный способ кесарева сечения. Технические трудности при этом методе операции вынудили большинство акушеров производить трансперитонеальное ретровезикальное кесарево сечение. Позднее эта операция превратилась в современный метод интраперитонеального кесарева сечения с разрезом матки в нижнем сегменте, которая была разработана Krönig, Frank, Doerfler, П. В. Занченко, Л. А. Гусаковым, Н. П. Лебедевым.

Утверждение интраперитонеального ретровезикального кесарева сечения определило четвертый исторический этап развития этой операции.

Достижения абдоминальной хирургии вообще и в отношении кесарева сечения в частности способствовали дальнейшему улучшению результатов операции. Материнская летальность была сведена к минимуму. Начался период чрезвычайного увлечения этим методом родоразрешения. Так, в Ленинградском акушерско-гинекологическом институте процент кесаревых сечений возрос с 0,08% в 1908 г. до 1,46% в 1929 г. Еще бóльшая частота абдоминального родоразрешения наблюдалась в странах Западной Европы и США. Росту числа операций

¹ Цит. по Г. Г. Гентеру.

кесарева сечения способствовала теория «новой ориентации» в акушерстве, предложенная Hirsch (1927), согласно которой роды следует заканчивать абдоминальным путем при возникновении малейших признаков нарушения родового акта.

Однако «новая ориентация» Hirsch вскоре была отвергнута акушерами как в нашей стране, так и за рубежом.

В 1928 г. состоялся VIII Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов, одним из программных вопросов которого было кесарево сечение. На съезде В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, М. Г. Сердюков, К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер и многие другие выступили против безграничного применения кесарева сечения. Съезд осудил «новую ориентацию» в акушерстве Hirsch. Были уточнены показания к абдоминальному родоразрешению, рассмотрены вопросы обезболивания при операции. Большинство участников съезда высказалось за разрез матки в нижнем ее сегменте, признавая за этим методом значительные преимущества перед корпоральным кесаревым сечением.

В дальнейшем Г. А. Бакшт (1934) подытожил в своей монографии результаты абдоминального родоразрешения за предыдущие годы и показал, что кесарево сечение не является еще безопасной операцией, как стали считать многие зарубежные акушеры. На основании анализа исходов операции кесарева сечения у 26 244 женщин он показал, что материнская летальность является все еще высокой (5,8%).

Последний, пятый этап развития абдоминального родоразрешения начинается примерно с начала 50-х годов XX столетия. Хотя предпосылки к нему и новые вопросы данной проблемы разрабатывались несколько раньше, — но все это не носило системного характера.

К этому времени в практику были внедрены сульфаниламиды и антибиотики, в широких масштабах стало производиться переливание крови, продолжали совершенствоваться методы анестезии.

Все это не могло не отразиться на результатах кесарева сечения. Прежде всего значительно снизилась материнская летальность, которая во многих родовспомогательных учреждениях стала исчисляться десятками и сотыми долями процента. Абдоминальное родоразреше-

ние все чаще стало производиться по показаниям со стороны плода. Дискутируется вопрос о допустимости производства кесарева сечения при инфицированных родах. В связи с увеличением частоты кесарева сечения появилась новая задача: о принципах родоразрешения женщин, перенесших ранее эту операцию. Наконец, изучаются отдаленные результаты абдоминального родоразрешения для матери и ребенка.

Все эти и многие другие вопросы нельзя считать окончательно решенными. Как за рубежом, так и в нашей стране не появилось еще отдельной работы, которая обобщила бы результаты последнего, пятого, этапа развития операции кесарева сечения и представила бы современное состояние вопроса об абдоминальном родоразрешении.

ЧАСТОТА АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

При установлении частоты кесарева сечения нельзя приводить показатели отдельных учреждений, поскольку частота этой операции зависит от многих факторов: уровня стационарного родовспоможения в данной области или стране, удельного веса акушерской патологии среди госпитализируемых беременных и рожениц, принятых установок, квалификации врачей, мощности родовспомогательного учреждения, является ли оно клиникой или нет, оказывает ли помощь в родах акушер или хирург и т. д.

В капиталистических странах к этим факторам присоединяются и другие: принадлежность родовспомогательного учреждения муниципалитету или частному лицу, меркантильные соображения и даже расовый состав рожениц.

Поэтому приводимые сведения отдельных стационаров не могут дать представления об истинной частоте кесарева сечения на сегодняшний день. Только статистический анализ очень большого клинического материала может до известной степени сгладить эти различия и выявить более или менее точно частоту абдоминального родоразрешения.

За период с 1940 по 1958 г. в США, по сводным данным 31 автора, на 1 161 388 родов было произведено 40 583 кесаревых сечения (3,49%), в ГДР и ФРГ на 267 379 родов — 8480 (3,17%), во Франции на 41 100 родов — 1162 (2,83%), в Китайской Народной Республике на 156 434 родов — 4321 (2,75%). Всего за указанный период за рубежом, по сводным данным 82 авторов из 21 страны, на 4 159 049 родов было произведено 98 509 кесаревых сечений, что составляет 2,37% ($m = \pm 0,007$).

Согласно данным 28 отечественных авторов, с 1942 по 1960 г. на 806 696 родов абдоминальному родоразрешению подверглось 6208 женщин, т. е. 0,77% ($m = \pm 0,01$). Учитывая, что эти показатели не вполне точно отража-

ют частоту операции кесарева сечения в нашей стране, мы запросили руководителей акушерских клиник и главных врачей родильных домов областных центров о частоте этой операции за 1960—1961 гг. На основании данных, полученных из 23 акушерских клиник, на 129 698 родов было произведено 2675 операций (2,06%). По сведениям 21 родильного дома, частота кесарева сечения на 95 191 роды составила 1,22%.

Таким образом, на основании отечественных и зарубежных данных (5 190 634 родов) кесарево сечение было произведено у 108 534 женщин, что составляет 2,09% ($m = \pm 0,0063$).

Сравнивая частоту кесарева сечения в настоящее время с частотой, которая была два-три десятилетия назад, можно отметить, что в тех странах, где она была относительно высока, наблюдается ее снижение, в других же государствах отмечается некоторое увеличение, связанное с отказом от чрезмерного консерватизма при ведении той или иной акушерской патологии.

Döderlein указывает, что во всех немецких клиниках бывшее увлечение хирургическим методом родоразрешения сменилось обдуманном применением кесарева сечения и если в его клинике в 1935 г. число случаев кесарева сечения достигало 10%, то в последние годы оно уменьшилось в несколько раз.

Частота абдоминального родоразрешения в США также снижается. Если за период с 1925 по 1947 г. (сводные данные 17 авторов) она составляла 4,34%, то в настоящее время равна 3,49% ($t=21$). Однако этот процент все-таки является еще относительно высоким.

За последнее время в нашей стране отмечается возрастание числа кесаревых сечений. К. Н. Жмакин отмечает, что по Москве за несколько лет в отдельных родовспомогательных учреждениях процент кесаревых сечений вырос с 0,5 до 1,7.

Статистическая обработка большого материала показывает, что средняя частота кесарева сечения в настоящее время равна 2%.

В капиталистических странах большое влияние на частоту абдоминального родоразрешения оказывает общественнический характер медицины. В этих странах обращает на себя внимание высокая частота кесаревых сечений в частных больницах (табл. 1).

Таблица I

Автор	Период, годы	Частота кесарева сечения в %	
		в стационарах муниципалитетов	в частных стационарах
Low (1951)	1935—1949	2,14	6,4
Jones (1953)	1940—1952	1,8	5,3
Hennessy (1949)	—	1,8	6,0

Подобные различия Low и Jones склонны объяснить тем, что в частных больницах среди госпитализированных женщин чаще встречаются старые первородящие, беременные с отягощенным акушерским анамнезом или страдавшие длительным бесплодием и т. д.

Colvin и Pigeaux открыто признают, что меркантильные соображения в частных госпиталях чаще принимаются во внимание, чем акушерские ситуации, и что частная практика ведет к неоправданным операциям.

В США на частоту операции кесарева сечения к тому же большое влияние оказывает расовый состав беременных и рожениц. По данным Küstner, кесарево сечение в группе белых женщин составило 0,7%, в группе негритянок — 1,3%, а по D'Esopo — соответственно 3,2 и 5,8%.

Важным фактором, который приводит к повышению частоты кесарева сечения и носит, по-видимому, в той или иной степени повсеместный характер, является производство кесарева сечения без достаточных показаний. Об этом уже многократно напоминали ведущие отечественные и зарубежные акушеры (К. Н. Жмакин, Л. С. Персианинов, В. Штеккель, Döderlein, Küstner, Greenhill и др.).

Rosa и соавторы указывают, что в Бельгии (1953) из 3200 кесаревых сечений 555, произведенных у первородящих, были неоправданными, при этом 7 женщин заплатились за это жизнью. Поэтому можно полностью согласиться с Л. С. Персианиновым, который указывает, что «...овладение широкой массы врачей оперативной техникой, нередко опережающее развитие теории, приводит в ряде случаев к необоснованному применению кесарева сечения».

Woodman (1950), например, анализируя соответствующую тенденцию в англосаксонских странах, предсказывает, что в последующие 25 лет все акушерские операции, за исключением выходных щипцов, будут заменены кесаревым сечением. В этой связи уместно помнить высказывание В. Штеккеля: «Производить кесарево сечение скоро выучивается каждый тупица, тогда как успешное разрешение без ножа сложной акушерской ситуации требует многолетней тренировки и головы и рук. Неуклонный курс на кесарево сечение в общем резко увеличил число лапаротомистов и таких людей, которые думают о себе, как о хирургах, каковыми они на самом деле вовсе не являются, в то время как число настоящих акушеров столь же резко понизилось. Это привело к тому, что многие женщины попадают под хирургический нож без всякой к тому надобности... А теоретизирующая акушерская пропаганда за письменным столом только укрепляет отсутствие критики».

Таким образом, если учитывать ряд моментов, искусственно завышающих частоту хирургического родоразрешения, то частота кесарева сечения, зависящая только от акушерской патологии, будет находиться, по-видимому, в пределах 1,8—2%. Естественно, что в отдельных медицинских учреждениях в различные годы могут быть колебания в ту или в другую сторону. В клинике Schröder считают, что увеличение частоты кесарева сечения выше 2,5% является ненужным, так как это не необходимо ни ради спасения детей, ни ради безопасности матерей (Noack). Нельзя, конечно, согласиться с мнением Döderlein, который утверждает, что частота кесарева сечения 3,5% соответствует сегодняшнему состоянию в акушерстве.

Как показывает сборная статистика, частота абдоминального родоразрешения в родильных домах и клиннических учреждениях нашей страны не является высокой.

В литературе очень редко освещается возрастной состав женщин, подвергшихся абдоминальному родоразрешению, а также удельный вес первородящих среди оперированных. А ведь удельный вес молодых первородящих является известным критерием обоснованности проведенной операции.

Согласно нашим данным, женщины по возрасту распределены следующим образом: до 20 лет—27 (2,3%),

от 20 до 24 лет — 202 (17,4%), от 25 до 29 лет — 354 (30,5%), от 30 до 34 лет — 323 (28%), от 35 до 39 лет — 184 (15,8%), 40 лет и старше — 70 (6%).

Первородящих было 387 (33,4%), повторнородящих 766 (66%), у 7 женщин (0,6%) число родов не известно.

В группе первородящих преобладали женщины молодого возраста. Так, беременные и роженицы, подвергшиеся операции в возрасте до 20 лет, были почти все первородящие, а до 24 лет — значительная часть (64%). Роды заканчивались абдоминальным кесаревым сечением без учета акушерского будущего женщины.

Самой молодой женщине (первородящей) было 17 лет, наибольший возраст составил 46 лет.

Всего родов в 1971 г.

akusher-lib.ru

ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

Составляя сборную статистику частоты отдельных показаний к абдоминальному родоразрешению для последующего ее анализа, мы пришли к заключению, что простая суммация опубликованных данных не дает правильного представления по этому вопросу. Дело в том, что в США имеются некоторые установки, которых не придерживаются в других странах. Одной из них является обязательное производство повторного кесарева сечения женщинам, ранее перенесшим эту операцию. Высокая частота повторных кесаревых сечений резко меняет удельный вес остальных показаний. Поэтому мы приводим отдельно статистики, которые отражают частоту тех или иных показаний к абдоминальному родоразрешению в США, по остальным зарубежным странам, по нашей стране и собственный материал, основанный на анализе 1160 кесаревых сечений.

Знакомство с табл. 2—5 позволяет косвенно судить об отношении акушеров в различных странах к ведению той или иной акушерской патологии.

АНАТОМИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Анатомически и клинически узкий таз является наиболее частым показанием к производству кесарева сечения как за рубежом, так и в нашей стране. По данным иностранных авторов, частота этого показания колеблется в очень широких пределах: от 15,5% (Rubin et al.) до 66,4% (Clück).

Л. С. Павлова, основываясь на данных Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, отмечает, что кесарево сечение было произведено у 74% женщин, имеющих узкий таз.

Однако в последнее время удельный вес этой группы показаний к абдоминальному родоразрешению снизился

Таблица 2

Удельный вес различных показаний к кесареву сечению в США
(по данным 22 авторов)

№ п/п	Показания	Абсолютное число кесаревых сечений	%
1	Повторное кесарево сечение	6 972	33,65
2	Анатомически и клинически узкий таз	5 563	26,85
3	Кровотечение:	2 509	12,11
	а) предлежание плаценты	1 604	7,74
	б) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	905	4,37
4	Поздний токсикоз	1 102	5,31
5	Слабость родовой деятельности	909	4,39
6	Старая первородящая	488	2,36
7	Комбинированные	399	1,92
8	Экстрагенитальные заболевания:	372	1,80
	а) диабет	200	0,96
	б) заболевания сердца	119	0,57
	в) заболевания почек	20	
	г) заболевания центральной нервной системы	19	
	д) другие	14	
9	Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	325	1,57
10	Тазовые предлежания плода	263	1,27
11	Опухоли матки и яичников	238	1,15
12	Поперечные и косые положения плода	185	0,89
13	Ушнито мочеполовые свищи	194	0,89
14	Дистоция шейки матки	166	0,8
15	Выпадение пуповины	123	0,6
16	Неправильное вставление головки	121	0,58
17	Отягощенный акушерский анамнез	117	0,56
18	Длительно леченное бесплодие	72	0,36
19	Резус-конфликт	55	0,26
20	Разрыв матки	39	0,19
21	Перенесенная миомэктомия	38	0,18
22	Рубцовые изменения шейки и влагалища	29	0,14
23	Пороки развития матки	25	0,12
24	Рак шейки матки	7	0,03
25	Переношенность	6	0,03
26	Угрожающий разрыв матки	2	0,01
27	Другие причины	347	1,67
28	Диагноз не указан	62	0,3
	Итого	20 718	100,0

Таблица 3

Удельный вес различных показаний к кесареву сечению по остальным зарубежным странам (по данным 23 авторов из 12 европейских стран)

№ п/п	Показания	Абсолютное число кесаревых сечений	%
1	Анатомически и клинически узкий таз	4 173	34,89
2	Кровотечения:	2 316	19,3
	а) предлежание плаценты	1 968	16,4
	б) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	348	2,9
3	Поздний токсикоз	1 085	9,05
4	Перенесенное кесарево сечение	596	4,96
5	Старая первородящая	513	4,28
6	Слабость родовой деятельности	507	4,21
7	Экстрагенитальные заболевания:	438	3,69
	а) диабет	98	0,8
	б) заболевания сердца	68	0,56
	в) другие	272	2,32
8	Поперечные и косые положения плода	392	3,25
9	Комбинированные показания	350	2,91
10	Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	245	2,04
11	Отягощенный акушерский анамнез	191	1,58
12	Рубцовые изменения шейки и влагалища	111	0,92
13	Опухоли матки и яичников	98	0,8
14	Тазовые предлежания плода	84	0,7
15	Выпадение пуповины	76	0,63
16	Переносимость	61	0,5
17	Неправильные вставления головки	50	0,43
18	Угрожающий разрыв матки	46	0,38
19	Резус-конфликт	45	0,37
20	Разрыв матки	21	0,17
21	Длительно леченное бесплодие	21	0,17
22	Дистоция шейки матки	20	0,16
23	Рак шейки матки	4	0,02
24	Другие причины	446	3,71
25	Диагноз не указан	105	0,87
	Итого	11 994	100,0

Таблица 4

Удельный вес различных показаний к кесареву сечению по СССР
(данные 19 авторов)

№ п/п	Показания	Абсолютное число кесаревых сечений	%
1	Анатомически и клинически узкий таз	1 654	36,8
2	Кровотечения	1 118	24,87
	а) предлежание плаценты	976	21,71
	б) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	142	3,16
3	Экстрагенитальные заболевания	268	5,97
	а) заболевания сердца	156	3,47
	б) туберкулез различных органов	25	0,55
	в) экстрагенитальный рак	15	
	г) заболевания центральной нервной системы	15	
	д) другие	57	
4	Поперечные и косые положения плода	220	4,9
5	Поздний токсикоз	207	4,6
6	Неправильные вставления головки	184	4,1
7	Слабость родовой деятельности	177	3,93
8	Угрожающий разрыв матки	89	2,0
9	Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	79	1,76
10	Тазовые предлежания плода	62	1,39
11	Рубцовые изменения влагалища и шейки матки	50	1,11
12	Старая первородящая	30	0,66
13	Опухоли матки и яичников	26	0,57
14	Перенесенное кесарево сечение	25	0,55
15	Выпадение пуповины	25	0,55
16	Комбинированные	13	0,29
17	Защитные мочеполовые свищи	13	0,29
18	Дистоция шейки матки	11	0,24
19	Отягощенный акушерский анамнез	9	0,2
20	Переношенность	8	0,18
21	Пороки развития матки	5	0,11
22	Рак шейки матки	3	0,06
23	Другие причины	219	4,87
	Итого	4 495	100,0

**Удельный вес различных показаний к кесареву сечению
на материале автора**

№ п/п	Показания	Абсолютное число кесаревых сечений	%
1	Анатомически и клинически узкий таз	351	30,26
2	Кровотечения	324	27,93
	а) предлежание плаценты	301	25,93
	б) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	23	2,0
3	Комплексированные	121	10,43
4	Поперечные и косые положения плода	93	8,0
5	Неправильные вставления головки	75	6,46
6	Несостоятельный рубец после перенесенного кесарева сечения	68	5,86
7	Экстрагенитальные заболевания	46	4,0
8	Дистоция мягких тканей и опухоли	24	2,07
9	Поздний токсикоз	22	1,89
10	Мертворождаемость в анамнезе	18	1,55
11	Слабость родовой деятельности	13	1,12
12	Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	5	0,43
	Итого	1 160	100,0

в связи с уменьшением количества женщин с суженным тазом и возрастанием числа других показаний.

В течение длительного времени резкие степени анатомически узких тазов являлись главным показанием к кесареву сечению. В акушерской литературе до сих пор нет единого мнения относительно классификации узких тазов по степеням сужения. Поэтому многие авторы по-разному оценивают и величину абсолютно суженного таза. По Литцману, к IV степени сужения относятся тазы с истинной конъюгатой, равной 5 см и меньше. Г. А. Бакшт приводит мнение Данпан, который считал абсолютно суженный таз только при с. vera, равной 6,6 см. М. С. Малиновский, деля сужение таза на 3 степени, верхнюю границу абсолютно суженного таза определяет равной 6 см, А. Ф. Пальмов—6,5 см, Г. А. Бакшт—6—6,5 см, И. И. Яковлев—7 см, Havlásek—6 см, Kist-

пег и Pigeaux — 7,5 см. Отсутствие единого мнения по этому вопросу сейчас не имеет существенного значения, ибо при любом из этих размеров истинной конъюгаты родоразрешение производится абдоминальным путем.

По нашим данным, из 351 кесарева сечения, сделанного по поводу анатомически или клинически узкого таза, только у 4 женщин имелось сужение таза до IV степени (с. veга 6,5 см и ниже).

Абсолютным показанием к кесареву сечению считается сейчас наличие III степени сужения таза. А. Ф. Пальмов, М. В. Елжин, Г. М. Фейертаг, И. Л. Брауде, Havlásek считают, что при истинной конъюгате, равной 7,5—6,5 см, абдоминальное родоразрешение абсолютно показано со стороны плода. А. Ю. Лурье к III степени сужения относит тазы с с. veга 7 см и меньше, И. И. Яковлев — от 8 до 7 см. Оба автора признают, что в таких случаях кесарево сечение является единственным методом родоразрешения. Венская клиника, руководимая Zacherl, придерживается правила: при наличии у беременной суженного таза с с. veга 8,5 см, нормальных и крупных размерах плода всегда оканчивать роды абдоминальным путем. Такой же тактике следуют и в клинике Делеппано (Benzi).

Третья степень сужения таза в настоящее время встречается также не часто, как и четвертая. По нашим данным, эта степень сужения имелась у 22 женщин (с. veга 7,5 см).

При III и IV степенях сужения таза вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения возникает обычно задолго до начала родов и операцию производят в плановом порядке.

Гораздо труднее решать вопрос о выборе метода родоразрешения при относительных (I и II) степенях сужения таза. Необходимость окончания родов путем кесарева сечения возникает только в процессе родового акта, когда выявляются признаки клинического несоответствия между размерами предлежащей части плода и тазом матери.

С одной стороны, запоздание с операцией кесарева сечения может привести и приводит к детскому травматизму и обуславливает излишнюю перинатальную смертность. По нашим данным, из общего числа доношенных мертворожденных и умерших новорожденных в 20,3%

случаев перинатальная смертность была вызвана длительным выжиданием с абдоминальным родоразрешением при наличии достаточных признаков клинического несоответствия. В большинстве случаев потеря детей при родах с узким тазом связана с запоздавшим производством кесарева сечения. По данным И. А. Покровского, из 768 родов при узком тазе в 10 случаях роды закончились перфорацией головки погибшего в родах плода, причем в 9 случаях с. vera была равна 9—10 см.

С другой стороны, неправильная оценка динамики родов приводит к случаям необоснованного производства кесарева сечения при этих относительных степенях сужения таза.

Rosa и соавторы показали, что в Бельгии из 1111 кесаревых сечений, произведенных за год по поводу диспропорции между головкой плода и тазом матери, в 555 случаях операция была сделана совершенно необоснованно. Трудно учесть число тех случаев, когда женщине было сделано кесарево сечение по поводу узкого таза, а затем она рожала самостоятельно, но они нередки.

По нашим данным, анатомически и клинически узкий таз служил показанием к кесареву сечению у 351 женщины, из них у 11 (3,1%) при целом плодном пузыре или в начале первого периода родов при неполном открытии шейки матки по поводу недоказанного наличия функционального узкого таза.

Для иллюстрации приводим 2 клинических наблюдения.

1. Роженица К., 33 лет, поступила в родильный дом 11/IX 1958 г. в 10 час. 30 мин. Беременность и роды третьи. Первые роды в 1949 г. закончились наложением акушерских щипцов, вторые роды были самопроизвольными, оба ребенка живы. Последняя менструация 4 декабря 1957 г. Первое шевеление плода почувствовала 25 апреля 1958 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Размеры таза 22—25—27—17,5 см, диагональная конъюгата 10 см. Окружность живота 93 см, высота стояния дна матки 33 см. Положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание. Сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Схватки появились 10/IX в 19 часов. 11/IX в 16 час. 30 мин. отошли воды при 2½ пальцах открытия шейки матки, а через 3 часа при том же открытии произведено кесарево сечение. Показания: сужение таза, клинически узкий таз. Извлечена живая девочка весом 2800 г. Послеоперационный период и период новорожденности протекали без осложнений.

2. Роженица Г., 23 лет, поступила в родильный дом 31/VIII 1961 г. в 18 час. 40 мин. Беременность и роды первые. Последняя менструация 9/IX 1960 г. Первое шевеление плода почувствовала 20/III 1961 г. Беременность протекала удовлетворительно. Размеры таза 21,5—22—26—16 см, диагональная конъюгата не измерена. Окружность живота 89 см, высота стояния дна матки 35 см. Положение плода продольное, ягодичное предлежание. Сердцебиение плода справа на уровне пупка ясное, ритмичное. Родовая деятельность появилась 31/VIII в 14 часов. Через 3 часа после поступления в стационар произведено кесарево сечение при целых водах и открытии шейки матки на 3½ пальца. Извлечен недоношенный мальчик весом 1900 г. В послеоперационном периоде родильница перенесла мастит. Мать и ребенок весом 2000 г были выписаны.

Как в том, так и в другом случае врачи, наблюдавшие этих рожениц, приняли во внимание только наличие сужения таза, причем во втором случае не измерили даже диагональную конъюгату, считая, что у этой женщины наружные размеры таза достаточно показательны. Не был произведен весь комплекс обследования, о котором речь будет идти ниже, при клиническом осмысливании которого можно получить предварительное представление о прогнозе родов. Отсутствие прогресса родов у первой роженицы трактовалось как клинически узкий таз, хотя при устранении слабости родовой деятельности плод мог бы родиться самопроизвольно, как и при предыдущих родах. Не было оснований производить кесарево сечение и второй роженице — молодой первородящей женщине для получения явно недоношенного плода, который также мог родиться самостоятельно, несмотря на значительное сужение таза у матери.

Для определения несоразмерности между головкой плода и тазом матери многие зарубежные акушеры важное значение придают рентгенопельвеометрии (Pigeaux, Olow, Colvin, Woodman, Zacherl).

Поэтому, как указывает Colvin, в США рентгенопельвеометрия производится у 90% поступающих в стационар беременных и рожениц. Такой упрощенный подход к ведению родов при узком тазе является, несомненно, одной из причин высокой частоты кесарева сечения в этой стране.

Многие отечественные акушеры при прогнозе родов учитывают наличие самых разнообразных факторов — анатомические размеры таза, форму сужения и место сужения таза, размеры головки плода, способность головки к конфигурации, наличие или отсутствие призна-

ков гипоплазии полового аппарата, качество брюшного пресса, тип телосложения, толщину костей женщины, особенности вставления головки, признак Вастена, угол наклона таза, характер родовой деятельности и др. (А. Ф. Пальмов, М. В. Елкин, Г. А. Бакшт, Я. Н. Полонский, М. С. Малиновский, К. Н. Жмакин, В. А. Покровский, Р. И. Калганова).

В ряде случаев комплексная оценка этих моментов может дать основание для производства кесарева сечения в начале родов, но в большинстве случаев эти соотношения при относительных степенях сужения таза не отчетливы и только в процессе родового акта можно сделать окончательное суждение. Функциональное несоответствие между тазом матери и головкой плода становится ясным, если после полного раскрытия шейки матки и отхождения околоплодных вод не происходит продвижения головки при достаточной родовой деятельности. С этим положением согласны все акушеры, однако нет единства взглядов в определении промежутка времени, по истечении которого можно считать, что самопроизвольные роды в данном случае являются проблематичными.

Zacherl вообще отвергает значение пробных родов. Для того чтобы не упустить момента для оперативного родоразрешения и не рисковать жизнью плода, Havlásek рекомендует выжидать в течение 2 часов, Greenhill — 6 часов, И. И. Яковлев — 5 часов, А. Ю. Лурье — 6—8 часов, И. Л. Брауде и К. Н. Жмакин — 3—4 часа у первородящей и 2—3 часа у повторнородящей. Мы считаем, что предложение И. Л. Брауде и К. Н. Жмакина наиболее точно отвечает акушерской тактике при узком тазе. Более длительное выжидание может привести к возникновению угрозы материнского или детского травматизма и производству кесарева сечения при более неблагоприятных условиях.

По нашим данным, возникновению клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери способствовало в основном наличие анатомического сужения таза. Из 351 женщины, подвергшейся родоразрешению путем кесарева сечения по этим показаниям, сужение таза I степени имело место у 141, II степени — у 131, III степени — у 22 и IV степени — у 4 женщин. Подавляющее большинство из них имели часто встречающиеся формы сужения таза. Только у 20 женщин встретились

кососмещенные тазы вследствие переломов тазовых костей, заболеваний позвоночника или тазобедренных суставов, причем в 9 случаях уменьшение величины диагональной конъюгаты отсутствовало. В 2 случаях сужение таза было обусловлено наличием экзостозов в области крестца.

У 53 рожениц (из 351) кесарево сечение было произведено по поводу клинически узкого таза без наличия анатомического его сужения. У 28 женщин функциональное несоответствие в родах было обусловлено крупным плодом. В 25 случаях, казалось бы, не было данных для его возникновения, вес извлеченных плодов колебался от 3200 до 3900 г, вставление головки было правильным, однако при полном открытии шейки матки и хорошей родовой деятельности отсутствовало продвижение головки плода в течение 4—9 часов, несмотря на то что предыдущие роды закончились самопроизвольно. Аналогичные наблюдения сделали Dill и соавторы. Подобные случаи, по их данным, составляют 0,13% родов. Поскольку у таких женщин обычно не ожидают клинически узкого таза, то кесарево сечение им часто производят после длительного течения периода изгнания при наличии травмированного плода.

В одном случае кесарево сечение было ошибочно произведено при функционально узком тазе вследствие гидроцефалии плода. Поэтому всегда важно не только вовремя диагностировать клинически узкий таз, но и постараться выявить причину возникновения этой патологии.

Нередко клинически узкий таз сочетается с другими формами акушерской, а также экстрагенитальной патологии, что в значительной степени усугубляет неблагоприятный прогноз родов для матери и плода.

Слабость родовой деятельности, пожилой возраст при первых родах, переносимость, неправильное вставление головки, ягодичное предлежание, поперечное положение плода, мертворождаемость в анамнезе, крупный плод, сердечно-сосудистая патология, поздний токсикоз, угрожающая внутриутробная асфиксия плода, привычные выкидыши в анамнезе или длительно леченное бесплодие, дистоция шейки матки, отсутствие вставления головки, несвоевременное отхождение вод, выпадение ручки при головном предлежании, перенесенное ранее кесарево сечение, разрыв матки или консервативная миомэктомия

и др. — все это в еще большей степени склоняет акушера выбрать у данной женщины абдоминальный путь родоразрешения. Нередко при таких отягощающих обстоятельствах хирургическое родоразрешение производится еще в первом периоде родов, что имело место у 116 женщин из 351.

Сочетание анатомически или клинически узкого таза с различными осложнениями беременности и родов, о которых говорилось выше, имело место у 242 женщин из 351 (69%).

Результаты абдоминального родоразрешения у женщин, имеющих анатомически или клинически узкий таз, в настоящее время более благоприятные, чем раньше. Г. А. Бакшт на 1600 кесаревых сечений, произведенных по данным показаниям, получил материнскую летальность в 3,1%, а Я. Н. Полонский — в 3,9%. По нашим наблюдениям, на 351 кесарево сечение был один случай материнской летальности от септических осложнений (0,28%). Перинатальная смертность составила 3,13%.

По Я. Н. Полонскому перинатальная смертность при кесаревых сечениях, произведенных у женщин с узким тазом, составляла 4,7%.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В НАЧАЛЕ РОДОВ

Предлежание плаценты. Впервые кесарево сечение по поводу предлежания плаценты было произведено в 1894 г. Вегпаус¹ и через 2 года в России Г. Е. Рейном.

В первой четверти текущего столетия кесарево сечение по поводу предлежания плаценты производилось очень редко. К 1924 г. А. Ф. Пономарев собрал описание только 45 таких случаев, произведенных в России.

В настоящее время предлежание плаценты как показание к кесареву сечению по частоте занимает второе место, уступая только механической дистонии, а в некоторых родовспомогательных учреждениях даже первое место.

По данным К. Н. Саватеева, 28% женщин с предлежанием плаценты подверглись родоразрешению абдоминальным путем. Еще более высокие цифры приводят

¹ Цит. по М. З. Коган.

А. С. Ярославцев (47,1%), М. Н. Анисимова и А. М. Фой (50%), М. И. Алексашина (60,1%), D'Esopo (75%), Green (81%).

Использование кесарева сечения как метода родоразрешения при предлежании плаценты снизило материнскую летальность при этой патологии с 14% (1885) до 1,4% (1949—1956) (Noack). Эффективность кесарева сечения позволила в значительной степени или полностью отказаться от таких акушерских операций, как поворот по Брэкстон—Гиксу, низведение ножки, метрейриз.

В настоящее время ни у кого не возникает сомнения, что при центральном предлежании плаценты кесарево сечение является операцией выбора (И. Л. Брауде, К. Н. Жмакин, А. М. Агаронов, Н. П. Лебедев, Л. С. Персианинов, Havlasek, Greenhill, Martius и др.).

При неполном предлежании плаценты на выбор метода родоразрешения основное влияние оказывают степень, характер кровотечения и подготовленность родовых путей. При массивном кровотечении и закрытой или слегка открытой шейке матки следует также прибегать к абдоминальному родоразрешению. Если же имеется достаточное раскрытие маточного зева и отсутствует сильное кровотечение, то обычно с успехом применяют вскрытие плодного пузыря, наложение кожно-головных щипцов.

Некоторые акушеры при частичном предлежании плаценты учитывают и место ее расположения. Если плацента находится на передней стенке матки, то прибегают к вскрытию плодного пузыря, если же на задней стенке, то считают, что кесарево сечение будет более надежным методом остановки кровотечения. Кроме того, в этом случае при влагалищном родоразрешении имеется большая опасность сдавления пуповины (Schneider, Stallworthy).

Havlasek рекомендует производить кесарево сечение во всех случаях, если при краевом или низком прикреплении плаценты после вскрытия плодного пузыря и усилении схваток кровотечение принимает угрожающий характер.

Предлежание плаценты сопровождается высокой мертворождаемостью — от 12,6% (Green) до 54% (Vopafos et al.), а при одном только влагалищном родоразрешении — до 80% (А. М. Агаронов). Причиной столь

высокой мертворождаемости являются анемизация матери и недоношенность плодов. Поэтому большинство акушеров стремится увеличить по мере возможности зрелость плода за счет отсрочки родоразрешения. Это становится возможным при однократной или многократных кровопотерях, но небольших по характеру и не угрожающих жизни матери. Периодически проводимые гемотрансфузии и другие мероприятия не допускают возникновения анемизации у матери и поддерживают удовлетворительное состояние плода.

Однако такая консервативная тактика должна проводиться в разумных пределах. Фракционные кровопотери опасны тем, что материнский организм потом хуже справляется с последующей более острой кровопотерей, даже если она не столь массивна. Поэтому И. И. Яковлев и О. В. Макеева в случае длительной потери крови и прогрессирующей анемизации больной (гемоглобин 40 ед, или 7,8 г%), несмотря на неоднократные переливания крови, рекомендуют своевременное производство кесарева сечения. Однако добавочная кровопотеря, которая может возникнуть в любой момент, в том числе во время операции, может стать роковой для матери, не говоря уже о плоде, поэтому надо согласиться с Т. М. Шамшиной, что нижней границей снижения количества гемоглобина у больной нужно считать 50% и не ожидать появления выраженных признаков анемизации, чтобы, наконец, решить вопрос о неизбежности производства кесарева сечения. Многие акушеры предпочитают производить кесарево сечение до появления признаков анемии у женщины как при острой, так и при фракционной кровопотере, не возлагая больших надежд на гемотрансфузии, ибо анемизация матери и прогрессирующая отслойка плаценты вызывают внутриутробную асфиксию плода (А. П. Николаев, М. Н. Волох-Исаева, А. С. Ярославцев, А. А. Лебедев, Havlásek и др.). Havlásek и Zacherl даже рекомендуют при точно диагностированном центральном и боковом предлежании плаценты производить абдоминальное родоразрешение до появления кровотечения, если плод доношенный и живой.

Для правильного выбора метода родоразрешения решающее значение имеет точная диагностика вида предлежания плаценты. Женщины с подозрением на предлежание плаценты должны подвергаться влагалищному ис-

следованию, особенно если уже имеется родовая деятельность (в ряде случаев может выявиться возможность родоразрешения через естественные родовые пути). Следует также осматривать в зеркалах шейку матки для исключения при хронической кровоточности возможности наличия рака шейки матки.

Влагалищные исследования следует производить при готовой операционной, ибо они могут способствовать усилению кровотечения.

Незаслуженно забыта в настоящее время рентгенологическая диагностика предлежания плаценты. У женщин с подозрительной кровоточностью она может, во-первых, выявить наличие предлежания плаценты и, во-вторых, вид предлежания. Проведение вазографии еще технически затруднено, но применение контрастной везикографии, разработанной у нас М. А. Телал, дает точные результаты при головных предлежаниях. Точная диагностика центрального предлежания плаценты позволит заранее родоразрешить больную и избежать обескровливания женщины и гибели плода.

Нельзя забывать, что на исход родоразрешения при предлежании плаценты для матери и плода в основном влияет недопущение обескровливания матери, поэтому гемотрансфузии должны проводиться в широких пределах. И. И. Яковлев, К. Н. Жмакин, Ф. А. Сыроватко, А. П. Николаев подчеркивают необходимость неоднократного повторного переливания крови при фракционной кровопотере и даже без нее при общем хорошем состоянии больной. Это мероприятие повышает сопротивляемость организма женщины к будущей кровопотере и дает выигрыш времени для производства кесарева сечения с более благоприятными результатами для матери и плода.

К. Н. Саватеев показал, что повторные переливания плацентарной или донорской крови по 80—120 мл имеют огромное значение для профилактики кровотечения и малокровия у беременных, имеющих предлежание плаценты. Своевременные и адекватные гемотрансфузии и выбор рационального метода родоразрешения привели к тому, что у 163 женщин с предлежанием плаценты не было ни одного случая материнской летальности.

Как уже было сказано, предлежание плаценты в большинстве случаев само по себе является показанием

к кесареву сечению. В ряде случаев при частичном предлежании плаценты вопрос решается в пользу хирургического родоразрешения, если имеются дополнительные осложнения беременности и родов (например, неправильное положение плода и пр.). С другой стороны, частичное предлежание плаценты с умеренным кровотечением может быть сопутствующим показанием к абдоминальному родоразрешению при наличии другой акушерской патологии или одним из компонентов сочетанных показаний, по которым кесарево сечение производится с целью профилактики мертворождаемости.

Материнская летальность после кесаревых сечений, произведенных в связи с предлежанием плаценты, в настоящее время значительно ниже, чем в прежние годы (по Г. А. Бакшту — 6,7%, по Я. Н. Полонскому — 11,8%).

По нашим данным, из 301 кесаревого сечения, произведенного исключительно по поводу предлежания плаценты, материнская летальность имела место в 4 случаях (1,32%) и была вызвана только значительной кровопотерей.

Предлежание плаценты занимает ведущее место среди причин перинатальной смертности при абдоминальном родоразрешении. При предлежании плаценты перинатальная смертность составила 21,26%, а в общей структуре перинатальной смертности предлежание плаценты обусловило гибель 50% детей.

По отношению ко всем прооперированным предлежания плаценты среди других показаний к кесареву сечению на нашем материале составило 25,93%. Чаще всего встречалось центральное предлежание плаценты — 272 (90,30%), боковое наблюдалось 24 раза (8%) и краевое — 5 раз (1,7%).

Абдоминальное родоразрешение в основном было произведено при доношенной беременности: 202 новорожденных (67,3%) были с весом 2500 г и более.

Срок беременности, при котором было произведено кесарево сечение, был следующим: до 7 месяцев оперировано 7 женщин, в 7 месяцев — 9, в 8 месяцев — 76, в 9 месяцев — 86 и в 10 месяцев — 121 женщина.

У 107 беременных (35,6%) предлежание плаценты сочеталось с другими неблагоприятными моментами: у 64 — с поперечным положением плода, у 39 — с тазо-

вым предлежанием, у 3 — с нефропатией и преэклампсией. Однако на выбор метода родоразрешения они не оказали влияния: во всех случаях кесарево сечение было сделано ввиду угрожающего кровотечения при закрытых родовых путях.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты не является частой патологией. Она встречается в 0,44—1,3% родов (Bieber, Hester и Salley). Абдоминальное родоразрешение рекомендуется большинством акушеров только в тех случаях, когда отслойка плаценты, происшедшая на значительном протяжении, обуславливает большое внутреннее кровотечение, шок и угрожает жизни матери, а родовые пути не подготовлены для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути (И. Л. Брауде, П. В. Маненков, Л. С. Персианинов, А. П. Николаев, К. Н. Жмакин, И. И. Яковлев и др.). Обычно у таких женщин кесарево сечение производят независимо от состояния плода, который к этому времени часто погибает. По нашим наблюдениям, из 23 кесаревых сечений, произведенных по поводу разбираемой патологии, в 13 случаях плоды погибли до или во время операции.

Кесарево сечение не является ведущим методом терапии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, но частота применения абдоминального родоразрешения при этой патологии может достигать высоких цифр (по Bieber — 15,8%, по Waddington — 20,5%, по М. И. Алексашиной — в 36,6%).

Havlásek и Woodman при этой патологии, кроме показаний со стороны матери, считают показанным кесарево сечение в неострых случаях преждевременной отслойки плаценты при живом и жизнеспособном плоде, если нельзя быстро и безопасно родоразрешить женщину влагалищным путем. Gagnier с соавторами также подчеркивают, что современное кесарево сечение позволяет во многих случаях избежать перинатальной смертности при этой патологии. З. С. Шунева, анализируя довольно значительное количество случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (238), пришла к выводу, что с целью сохранения жизни ребенку

показания к кесареву сечению должны быть несколько расширены.

Однако другие авторы подчеркивают, что при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты риск для плода очень велик и с этой точки зрения хирургическое родоразрешение менее всего показано (McCaig и Poliakov).

Надо полагать, что в решении этого вопроса излишняя активность вряд ли будет целесообразна, ибо во многих случаях данной патологии кесарево сечение, произведенное только по показаниям со стороны плода, может закончиться перинатальной смертностью и оказаться бесцельным.

В выборе метода терапии этой патологии надо учитывать и такие факторы, как количество родов, наличие мертворождаемости в анамнезе, возраст беременной, токсикоз, доношенность и жизнеспособность плода, характер родовой деятельности и главное раннюю диагностику этого заболевания. У старых первородящих, многогрожавших, но бездетных, после длительно леченного бесплодия при ранней диагностике преждевременной отслойки, когда плод достаточно жизнеспособен и не подвергся длительной аноксемии, т. е. когда есть уверенность в том, что ребенок будет жив, абдоминальное родоразрешение можно считать обоснованным. В остальных случаях к абдоминальному родоразрешению следует прибегать только тогда, когда имеется угроза жизни матери. Анализируя 23 операции кесарева сечения, произведенные по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, мы пришли к заключению, что из 13 случаев перинатальной смертности, которые имели место в этой группе, только в одном можно было надеяться предотвратить смертность новорожденного при более раннем кесаревом сечении.

При выборе рационального метода терапии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты надо учитывать наличие у больной позднего токсикоза или гипертонического синдрома (гипертоническая болезнь, хронический нефрит), на фоне которых развилась эта акушерская патология. В этих случаях кесарево сечение является операцией выбора. А. П. Николаев и К. Н. Жмакин подчеркивают, что на таком фоне преждевременная отслойка плаценты может происходить по

типу маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера), когда мышца матки настолько изменяется за счет кровоизлияния в ее стенку, что возникает истинное атоническое кровотечение, требующее ампутации матки. В этой связи указывают, что ранняя диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и, следовательно, раннее производство кесарева сечения позволяют во многих случаях предотвратить удаление матки. С целью ранней диагностики они рекомендуют у больных определять время свертываемости крови (замедление до 20—30 минут) и особенно факт быстрого растворения сгустка крови). Эти данные наряду с наличием у больной анемии на фоне токсикоза являются показаниями к быстрому родоразрешению.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По нашим данным, экстрагенитальные заболевания явились показанием к абдоминальному родоразрешению у 4% оперированных женщин. По сводным данным зарубежных авторов, удельный вес этих показаний составляет в среднем 4,7%.

Из экстрагенитальных заболеваний в первую очередь следует остановиться на сердечно-сосудистой патологии.

Известно, что во время беременности к деятельности сердечно-сосудистой системы предъявляются повышенные требования. Увеличивается масса циркулирующей крови, возрастает сопротивление кровотоку за счет включения плацентарного кровообращения и новообразования сосудов в матке, усиливается обмен веществ. Имеет значение и относительно высокое стояние диафрагмы, что приводит к уменьшению жизненной емкости легких, затрудняет легочное кровообращение и вызывает изменение положения самого сердца. Если здоровое сердце может справиться с такой нагрузкой, то при наличии сердечной патологии может развиваться сердечная недостаточность.

Еще более неблагоприятная ситуация возникает в родах, когда к указанным факторам присоединяется огромная мышечная работа, необходимая для рождения ребенка.

Частоту сердечных больных среди беременных и рожениц Н. М. Баженова определяет равной 2,4%.

Н. Ф. Рыбкина — 0,77%, М. К. Венцовский и И. Д. Братанич — 4,7%, М. К. Махмудбекова — 0,9%, Zoltan — 2,3%.

По нашим данным, полученным из родильных домов Барнаула, из 35 130 рожениц у 254 была диагностирована сердечная патология, что составляет 0,7%.

Данные литературы указывают, что чаще всего встречается митральный порок сердца (сочетание стеноза и недостаточности), затем следуют митрально-аортальные пороки и в единичных случаях врожденные пороки сердца. В подавляющем большинстве случаев приобретенные пороки сердца ревматической этиологии.

Частота кесаревых сечений у женщин, имеющих заболевания сердца, колеблется в широких пределах и составляет от 2,1—2,3% (М. К. Венцовский и И. Д. Братанич, D'Esopo) до 20—25,5% (Н. Ф. Рыбкина, Zoltan). В среднем частота абдоминального родоразрешения, по сводным данным 11 отечественных и зарубежных авторов за 1947—1961 гг., на 4817 больных составила 7,27%.

В акушерской клинике Алтайского медицинского института за период с 1956 по 1961 г. из 176 рожениц, имевших сердечную патологию, путем операции кесарева сечения было родоразрешено 6 (3,4%).

Имеет ли кесарево сечение у сердечных больных какие-либо преимущества по сравнению с другими методами родоразрешения?

Adams определял гемодинамические показатели у здоровых женщин во время и после операции кесарева сечения и установил, что гемодинамический эффект оказывает само опорожнение матки и в отношении влияния на сердечно-сосудистую систему ни один из способов родоразрешения не имеет преимуществ.

К этому надо добавить, что при абдоминальном родоразрешении возникают или могут быть дополнительные неблагоприятные факторы — операционная травма, кровотечение, инфекция, гемотрансфузия и др.

Однако в литературе имеются данные, которые показывают преимущества кесарева сечения для больных пороками сердца. Zoltan установил, что у женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, декомпенсированные пороки сердца встречаются почти в 2 раза реже, чем у тех, которые имели самопроизвольные роды, и почти в полтора раза реже, чем у тех, которые были родораз-

решены наложением акушерских щипцов. Zoltan является одним из убежденных сторонников более частого родоразрешения больных пороками сердца абдоминальным путем. Такое же мнение высказывают В. А. Хатунцев и М. Д. Косовцева.

За последние годы появилось много сообщений об исходах беременностей и родов женщин, перенесших комиссуротомию. Л. С. Ванина, А. Б. Гиллерсон, Frasca, Kohoutek и Kolag указывают, что самопроизвольные роды у этих женщин протекают благоприятно, если результаты комиссуротомии являются удовлетворительными.

По нашим данным, из 1160 оперированных женщин только у 19 кесарево сечение было произведено у больных пороками сердца; из них у 2 заболевание сердца сочеталось с акушерской патологией (лобное предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). Комбинированный митральный порок имелся у 16 больных (у 10 — с преобладанием стеноза и у 6 — с преобладанием недостаточности митрального клапана), комбинированный митрально-аортальный порок (недостаточность аортального клапана, митральный порок с преобладанием стеноза) — у одной, экссудативный перикардит — у одной и болезнь Толочина — Роже — у одной женщины.

Нарушение кровообращения I степени было у 3 больных, II степени — у 12, III степени — у 4 больных. В 6 случаях произведено малое кесарево сечение (срок беременности 18—28 недель) в связи с ранним появлением декомпенсации кровообращения, не поддававшейся терапевтическим мероприятиям, или в связи с тяжелым характером самого заболевания (болезнь Толочина — Роже, перикардит).

В 6 случаях абдоминальное родоразрешение было произведено при недоношенном, но жизнеспособном плоде по поводу прогрессирующей сердечной декомпенсации несмотря на проводимую терапию. У 2 из этих женщин наряду с пороками сердца имелась нефропатия, а у одной — преждевременное отхождение вод. У 5 больных кесарево сечение было произведено при доношенной беременности: у 2 перед родами и у 3 в первом периоде родов. В 4 случаях из 5 показаниями к операции кесарева сечения были декомпенсация, не поддававшаяся терапии, и сопутствующая акушерская патология: сочетание су-

жения таза с крупным плодом, наличие тазового предлежания и угрожающей внутриутробной асфиксии плода, слабость родовой деятельности.

Материнская летальность среди 19 оперированных больных отсутствовала. После операции больные были выписаны в состоянии компенсации или субкомпенсации сердечной деятельности.

По литературным данным, исходы операции кесарева сечения у больных с заболеваниями сердца нельзя считать благоприятными. В. А. Хатунцев и М. Д. Косовцева наблюдали материнскую летальность в 7,8% случаев, О. И. Дика-Костюченко — в 5,7%. Согласно сводным данным 11 отечественных авторов, из 470 оперированных больных в послеоперационном периоде погибло 35, что составляет 7,5%.

Ввиду малочисленности наших наблюдений мы не можем высказать определенного суждения о результатах кесарева сечения у больных пороками сердца.

Тем не менее можно полагать, что сердечная патология сама по себе не является частым показанием к кесареву сечению. Вопрос об абдоминальном родоразрешении возникает в первую очередь тогда, когда сердечная патология сочетается с акушерской (сужение таза, крупный плод, неправильное вставление головки и др.), при которой влагалищное родоразрешение может привести к острой сердечно-сосудистой недостаточности или когда акушерская патология сама по себе требует абдоминального родоразрешения (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.). В отдельных случаях показанием к кесареву сечению может явиться прогрессирующая декомпенсация сердечной деятельности, возникшая, несмотря на длительную терапию сердечной патологии.

Выбор кесарева сечения может частично зависеть от необходимости производства женщине стерилизации (Gordon). Из 17 наших больных, у которых сердечная патология была ведущим показанием к кесареву сечению, у 11 была сделана стерилизация. Однако это обстоятельство не должно расширять показания к абдоминальному родоразрешению.

Показания к кесареву сечению могут возникнуть при заболевании матери сахарным диабетом. По данным Boughton и Perkins, диабет встречается один раз на 256

родов. По наблюдениям Е. П. Романовой, перипатальная смертность при этом заболевании колеблется от 30 до 40%.

Смертность плодов и новорожденных обычно связана с наличием ацидоза у матери, частого присоединения позднего токсикоза, наличием склеротических изменений в сосудах матки, что приводит к ишемии плаценты. При диабете характерно рождение крупных плодов (свыше 4 кг). Роды крупным плодом нередко приводят к клиническому несоответствию между головкой плода и тазом матери.

Большинство зарубежных акушеров считает, что при сахарном диабете наиболее выгодно досрочное родоразрешение на 35—37-й неделе беременности, когда плод достаточно жизнеспособен, но еще не подвергся выраженному воздействию ацидоза и токсикоза (Clement, Mestwerdt, Pigeaud et Brun и др.). Е. П. Романова считает возможным при благоприятном течении диабета донашивание беременности до конца, а досрочное прерывание беременности рекомендует производить при наличии осложнений.

Относительно метода прерывания беременности при сахарном диабете в литературе нет единой точки зрения.

Davis, Hilfrich, Greenhill, Boughton и Perkins, Döderlein и др. отдают предпочтение абдоминальному кесареву сечению.

Показаниями к кесареву сечению эти авторы считают наличие диабетической ретинопатии, присоединение позднего токсикоза, наличие крупного плода, угрожающей внутриутробной асфиксии, мертворождаемости в анамнезе, отсутствие эффекта от лечения диабета, пожилого возраста при первых родах, неправильные положения и предлежания плода, а также если плод достиг зрелости до окончания срока беременности (данные рентгенографии скелета плода). В результате столь значительного расширения показаний к кесареву сечению за рубежом эту операцию производят у 20—60% беременных и рожениц, страдающих диабетом (W. Jones, Rolland).

В США сахарный диабет стоит на первом месте среди всех экстрагенитальных заболеваний, по поводу которых производят операции кесарева сечения.

Исходы операции для матери и плода при сахарном диабете можно считать благоприятными. По данным

Harris и соавторов, на 67 кесаревых сечений был один случай смерти новорожденного. По Clement, перинатальная смертность среди родоразрешенных путем кесарева сечения равна 3,7% при общей 25%.

Большинство акушеров нашей страны, а также некоторые иностранные авторы (Baumgarten, Pigeaud и Brun) не считают необходимым широкое использование кесарева сечения у этих больных, поскольку роды и досрочное родоразрешение у них в большинстве случаев можно провести консервативно.

По нашим данным, на 1160 кесаревых сечений диабет ни разу не служил показанием к абдоминальному родоразрешению. Это, видимо, объясняется тем, что к кесареву сечению приходится прибегать только в случаях отсутствия эффекта от родовозбуждения, а также при наличии у больной тяжелой нефропатии или очень крупного плода.

Кроме заболеваний сердца и сахарного диабета, среди других экстрагенитальных заболеваний, являющихся показаниями к абдоминальному родоразрешению, следует упомянуть гипертоническую болезнь, туберкулез легких, заболевания центральной нервной системы и некоторые другие.

При наличии гипертонической болезни у беременной или роженицы С. М. Беккер, О. Ф. Матвеева и Н. В. Кобозева родоразрешение путем кесарева сечения допускают только при появлении у больных церебральных симптомов (нарушение мозгового кровообращения) и при отсутствии условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути.

При туберкулезе легких редко возникает необходимость в родоразрешении абдоминальным путем, если нет еще дополнительно акушерских показаний (А. И. Лазаревич). Vagoly и Szalay сообщили о благоприятном исходе родов у 816 женщин, больных различными формами туберкулеза легких. Кесарево сечение было произведено только у 39 (4,78%) больных, причем состояние легких ни разу не было показанием к абдоминальному родоразрешению. Вопрос о применении кесарева сечения может возникнуть только в том случае, если роженица подверглась оперативным вмешательствам на легких, сопровождавшимся большим уменьшением дыхательной поверхности легкого.

Заболевания центральной нервной системы — редкий повод для абдоминального родоразрешения. Posckrandt сообщил о 2 случаях кесарева сечения по поводу опухоли мозга и болезни Бехтерева, Wawryk и Musiolik — по поводу опухоли спинного мозга, Fritzsck — по поводу острого полиомиелита с параличом дыхания.

Прерывание беременности у тяжелых психических больных, ввиду опасности наследования этой патологии, можно считать оправданным. Поскольку у таких больных целесообразно производить попутную стерилизацию, то операцией выбора при прерывании беременности в поздние сроки можно считать кесарево сечение.

По нашим наблюдениям психические заболевания явились поводом к кесареву сечению с последующей стерилизацией у 9 больных (0,7%).

Показаниями к операции служили наличие дебильности с врожденной глухонемой, олигофрения и шизофрения. Срок беременности у этих больных был от 17 до 28 недель.

В литературе имеются сообщения о самых различных экстрагенитальных заболеваниях, встретившихся в единичных случаях, которые явились показаниями к кесареву сечению: экстрагенитальный рак, тромбоцитопеническая пурпура, аневризма виллизиева круга, тромбоз аорты, миастения, пигментный ретинит, опухоль гипофиза, заболевания почек (нефрит, почечнокаменная болезнь), острая желтая дистрофия печени, заболевание органов зрения (ретинит, отслойка сетчатки, неврит зрительного нерва, кровоотечение в сетчатку), острые психозы и т. д.

Острый живот (аппендицит, илеус, панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонит) требует срочной лапаротомии и при большом сроке беременности производства кесарева сечения с последующей ревизией брюшной полости.

По нашим данным, у 4 больных показанием к кесареву сечению был хронический нефрит с азотемией. В единичных случаях эта операция была произведена при остаточных явлениях травматического субарахноидального кровоизлияния, подостром ретикулезе с тромбоцитопенией и анемией, острым аппендиците с перитонитом, калькулезном пиелонефрозе с нарушением функции почек, острым пиелите, раке молочной железы IV степени и пр.

ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Мертворождаемость и смертность новорожденных при поперечных и косых положениях плода достигают 42—47% (Noack, С. Л. Кейлин, Lachman). В связи с этим естественны попытки отыскивать такие методы родоразрешения при данной патологии, которые снизили бы перинатальную смертность до минимума. Влагалищные операции, имеющие длительную историю применения, в этом отношении не оправдали себя, и, как указывает Cosgrove, кесарево сечение становится все возрастающим заменителем других методов родоразрешения при неправильных положениях плода.

Абдоминальный путь для родоразрешения при запущенном поперечном положении и наличии живого плода предложен сравнительно давно (Е. Я. Ставская, Е. Г. Щербина и Ф. С. Куснер, С. М. Клейн, Я. Н. Полонский). Л. С. Персианинов, Krätzig считают, что наличие запущенного поперечного положения при живом плоде является показанием к абдоминальному родоразрешению даже при возникновении инфекции в родах, поскольку это осложнение по существу является формой угрожающего разрыва матки и частой причиной разрыва матки (в 14,1% по Л. С. Персианинову). Стремление недопустить перинатальную смертность, несмотря на консервативное влияние традиций, привело к тому, что, с одной стороны, увеличилось число родов с поперечным и косым положением плода, разрешившихся путем кесарева сечения, с другой — возрос удельный вес этой патологии среди прочих показаний к кесареву сечению.

На необходимость расширения показаний к кесареву сечению при неправильных положениях плода указывают многие акушеры (М. А. Петров-Маслаков, Cosgrove, Woodman, Bottella-Llussia и др.). D'Esopo сообщил, что в его клинике увеличение числа кесаревых сечений при поперечных положениях плода с 25 до 36,4% дало снижение перинатальной смертности с 10 до 4,5%. В клинике Zoltan 72,1% женщин с поперечным положением плода были родоразрешены абдоминальным путем за исключением тех случаев, когда был произведен наружный поворот. По данным Kramer и Skalley, 86,4% родов при поперечном положении плода были закончены абдоминальным путем.

Большинство акушеров нашей страны считает, что если плод при поперечном положении сохраняет подвижность, то это не является показанием к кесареву сечению. Необходимость в операции возникает тогда, когда наряду с поперечным положением имеются сопутствующие осложнения. Я. Н. Полонский предлагает производить кесарево сечение при сочетании поперечного положения с маловодием, пороками развития матки, предлежанием плаценты, сужением таза, у пожилых первородящих, в связи с отягощенным акушерским анамнезом, упорной слабостью родовой деятельности. М. З. Коган дополнительно указывает на сочетание поперечного положения с крупными размерами плода и переносенностью. С. Л. Кейлин, Е. П. Романова считают, что кесарево сечение следует производить при сочетании поперечного положения плода с узким тазом, предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, пожилым возрастом при первых родах, несвоевременным отхождением вод и выпадением пуповины.

Между тем многие из указанных осложнений являются показаниями к кесареву сечению сами по себе, независимо от наличия неправильного положения плода.

Greenhill, Lachman рекомендуют производить кесарево сечение во всех случаях, когда не удался наружный поворот, Davis и Döderlein — у всех первородящих. В клинике Schröder почти при каждом роде с поперечным положением плода устанавливаются показания к хирургическому родоразрешению (Noack). Подводя итог, можно считать, что большинство авторов прибегает к абдоминальному родоразрешению при поперечных и косых положениях плода во всех случаях, когда имеется сомнение в возможности благополучного исхода родов для плода через естественные родовые пути.

Поскольку, как показал Noack на большом клиническом материале, три четверти всех поперечных и косых положений плода сочетаются с другими моментами, влияющими на клинику и прогноз родов, при каждом роде с неправильным положением плода надо тщательно подумать о целесообразном методе родоразрешения.

Из 1160 рассматриваемых нами кесаревых сечений в 93 случаях операция была произведена в связи с наличием поперечного или косого положения плода, причем во

всех случаях неправильное положение плода сочеталось с дополнительными осложнениями беременности и родов: преждевременным или ранним отхождением вод (у 44), запущенным поперечным положением при наличии живого плода (у 31), выпадением пуповины (у 12), ручки (у 11), рубцом на матке после бывшего кесарева сечения (у 11), относительным сужением таза (у 9), наличием мертворождаемости в анамнезе (у 8), угрожающей внутриутробной асфиксией плода (у 7) и др.

Перинатальная смертность, по нашим данным, составила 7,4% и наблюдалась только при запущенном поперечном положении, когда кесарево сечение было сделано с большим запозданием.

Надо полагать, что кесарево сечение почти при каждом случае поперечного и косоного положения плода является проявлением чрезмерной активности. Эту операцию следует производить в основном при сочетании поперечного или косоного положения плода с другими осложнениями беременности и родов. К таким осложнениям следует отнести: 1) сужение таза I и II степени; 2) возраст 35 лет и старше при первых родах; 3) слабую родовую деятельность; 4) ригидность мягких родовых путей; 5) предлежание или выпадение пуповины при недостаточном открытии маточного зева; 6) преждевременное или раннее отхождение вод; 7) крупный плод; 8) переносимость; 9) угрожающую внутриутробную асфиксию плода; 10) мертворождаемость или привычные выкидыши в анамнезе; 11) длительное бесплодие; 12) тяжелые формы поздних токсикозов; 13) частичное предлежание плаценты; 14) маловодие; 15) пороки развития матки; 16) перенесенные в прошлом кесарево сечение, разрыв матки или консервативная миомэктомия; 17) сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения; 18) опухоли матки и придатков; 19) двойню, если первый плод или оба плода находятся в поперечном положении.

Не следует спешить с абдоминальным родоразрешением, если плод недоношен или длительно находится в состоянии внутриутробной асфиксии.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

В начале XX столетия кесарево сечение было основным методом лечения эклампсии, однако этот период про-

Вс
Морозов
1941

существовал недолго, поскольку материнская летальность при этом была высокой.

Убежденным сторонником кесарева сечения при эклампсии был К. К. Скробанский, который считал, что высокая материнская летальность при активном ведении эклампсии была связана с тем, что обычно оперировали больных только с наиболее тяжелыми формами эклампсии, а консервативному лечению подвергали менее тяжело больных.

В настоящее время кесарево сечение при эклампсии производится в нашей стране довольно редко, обычно когда появляются угрожающие жизни больной симптомы: анурия, ретинит или отслойка сетчатки, непрекращающиеся припадки судорог, длительная кома, угроза кровоизлияния в мозг (В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, Г. М. Салганник и др.). Кроме того, абдоминальное родоразрешение производится, если эклампсия сочетается с другой акушерской патологией — узким тазом, предлежанием плаценты, слабой родовой деятельностью, неправильным положением плода и др.

Абдоминальное родоразрешение в арсенале методов лечения эклампсии занимает небольшое место — 6—9% (О. В. Макеева, М. А. Петров-Маслаков). Материнская летальность от эклампсии при такой линии поведения значительно снизилась и в среднем равна 4,8% (О. В. Макеева). Однако эти результаты еще не могут считаться удовлетворительными. При этой патологии также очень высока мертворождаемость (12,7% — по данным А. Г. Гурьяновой, 16,6% — по данным В. Н. Власова-Денисова).

В последние годы многие акушеры ввели новую практику лечения эклампсии. Kraatz, Greenhill, Menon, Döderlein, Coghill и др. считают, что для кесарева сечения при эклампсии, когда имеются частые приступы судорог, угроза отслойки сетчатки, кровоизлияния в мозг или анурии, мало оснований. Дело в том, что у таких больных уже имеются выраженные дегенеративные изменения во внутренних органах, часто необратимого характера. У таких женщин при любом методе родоразрешения прогноз остается весьма сомнительным (Kraatz и Winter).

С другой стороны, общеизвестно неблагоприятное влияние позднего токсикоза на плод, особенно при длительном или тяжелом его течении. В этой связи Döderlein,

Woodman, Studdiford и Decker, Schmöling указывают, что в настоящее время в проблеме эклампсии решающее значение также имеет снижение перинатальной смертности.

Отсюда понятно стремление некоторых акушеров прервать беременность на стадии преэклампсии, если консервативное лечение не дает эффекта или имеется тенденция к нарастанию токсикоза при выраженной нефропатии (М. А. Петров-Маслаков, Н. С. Бакшеев, Navlásek, Cosgrove, Greenhill, Woodman, Wimhöfer и Bach и др.).

Woodman, Studdiford и Decker, Garnier и Neuman подчеркивают необходимость своевременного производства кесарева сечения в интересах плода при эклампсизме, признавая эту патологию показанием к абдоминальному родоразрешению в основном со стороны плода.

Только отдельные авторы считают, что современные достижения хирургии позволяют избежать материнской летальности при родоразрешении женщин путем кесарева сечения в случае возникновения у них эклампсии. Kraatz и Winter указывают, что за последние 30 лет летальность при хирургическом родоразрешении эклампсии у них отсутствовала.

Л. С. Персианинов, П. А. Белошапко и Н. В. Кобозева, анализируя материнскую летальность от эклампсии, пришли к заключению, что в большинстве случаев она связана с запоздалым родоразрешением. Они особенно подчеркивают необходимость своевременного решения вопроса о прерывании беременности при сочетанном токсикозе и безуспешности консервативной терапии, ибо в таких случаях летальность беременных и рожениц имеет место значительно чаще. Однако они напоминают, что кесарево сечение не является ведущим методом родоразрешения у этих больных и должно применяться лишь при сочетании позднего токсикоза с другой акушерской патологией (узкий таз, поперечное положение плода и др.) или при необходимости срочно закончить роды при неподготовленных родовых путях.

Из 1160 анализируемых нами кесаревых сечений у 22 больных абдоминальное родоразрешение было произведено по поводу позднего токсикоза: в 5 случаях имела место тяжелая нефропатия, в 12 — преэклампсия и в 5 — эклампсия.

Перинатальная смертность была очень высокой: из 25 извлеченных детей 11 погибли. Анализ историй родов показал, что во всех этих случаях кесарево сечение производили в связи с тяжелым течением токсикоза, возникшего, как правило, в ранние сроки беременности. Так, у 3 женщин беременность была прервана до 28 недель (вес плодов 700, 870 и 950 г), у 2 — в 28 недель (вес плодов 1100 и 1130 г), у одной — в 32 недели (вес плода 1420 г), у 2 — в 34 недели (вес плодов 1900 и 2100 г) и у одной — в 35 недель (тройня, вес плодов 1200, 1600 и 1700 г). Во всех случаях новорожденные умерли.

В наших наблюдениях был один случай материнской летальности после операции кесарева сечения по поводу преэклампсии, однако смертельный исход зависел не от основного заболевания, а от возникшего атонического кровотечения.

Удельный вес поздних токсикозов среди других показаний к кесареву сечению за рубежом остается выше, чем в Советском Союзе. По нашим данным, он составил 1,89%, в США — 5,31%, по остальным зарубежным странам — 9,05%. Это в основном объясняется тем, что в нашей стране абдоминальному родоразрешению подвергались женщины, страдавшие эклампсией, а за рубежом преэклампсией или тяжелой нефропатией. Например, за рубежом, по собранной нами статистике, на 2108 сечений, сделанных по поводу токсикоза, эклампсия явилась показанием к нему только в 269 случаях (12,7%), в СССР — соответственно на 207 кесаревых сечений в 174 случаях (84%).

Досрочное прерывание беременности при позднем токсикозе, когда выяснилось отсутствие эффекта от проводимой терапии, целесообразно в 32—38 недели беременности, когда плод будет достаточно жизнеспособным (Davis, Studdiford и Decker). Но мы более согласны с мнением Л. С. Персианинова, что лучше прерывать беременность в 35—37 недель, когда плод является более доношенным и, следовательно, более зрелым.

Benzi, Cosgrove, Greenhill, Menon, Kraatz и Winter рекомендуют сразу же производить кесарево сечение, если не подготовлены родовые пути для влагалищного родоразрешения. Однако более правильна предварительная попытка медикаментозного родовозбуждения с последующим родоразрешением через естественные родо-

вые пути. Только после безуспешности такой попытки следует переходить к производству кесарева сечения (Л. С. Персианинов, Н. С. Бакшеев, Haggis и соавторы, Studdiford и Decker).

Резюмируя все изложенное, можно прийти к заключению, что в настоящее время эклампсию надо скорее считать не показанием, а противопоказанием к абдоминальному родоразрешению, как в свое время предлагали делать I. А. Бакшт и Я. Н. Полонский. С точки зрения прогноза для матери и плода преждевременное прерывание беременности становится необходимым, если при эклампсизме нет эффекта от полноценной консервативной терапии или нарастает токсикоз при тяжелой нефропатии. К родоразрешению путем кесарева сечения следует прибегать только после безуспешной попытки вызывания преждевременных родов консервативными методами. Наиболее благоприятным временем для прерывания беременности следует считать период между 35 и 37 неделями, когда плод уже достаточно доношен и отсутствует значительное неблагоприятное воздействие на него токсикоза. При сочетании позднего токсикоза с другой акушерской патологией (неправильное положение плода, предлежание плаценты, слабость родовой деятельности, сужение таза и т. д.) при выборе метода родоразрешения следует высказаться в пользу кесарева сечения.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

К неправильным предлежаниям головки следует отнести разгибательные предлежания (переднеголовное, лобное, лицевое), асинклитические вставления (передние и заднетемное) и высокое прямое стояние головки (передний и задний виды). Наибольшую опасность в процессе родов представляют лобное предлежание, задний вид лицевого (подбородком кзади), заднетемное вставление и задний вид высокого прямого стояния головки. Обычно при неправильных предлежаниях головки, если в родах не произойдет их исправления, возникают признаки клинического несоответствия между размерами предлежащей части и тазом, что в свою очередь сопровождается большим травматизмом матери и плода.

Например, при лобном предлежании смертность детей достигает 50%, матерей — 10%, не говоря уже о вы-

сокой частоте травматизма мягких родовых путей (П. А. Степанов). Анализ 200 родов при лицевом предлежании плода, произведенный Г. Я. Молчановой, показал, что перинатальная смертность была равна 8,7%, в 3% случаев наблюдались разрывы матки, а в 3% — перфорации головки и т. д.

Возникающая в родах диспропорция между головкой плода и тазом матери усугубляется еще тем, что все эти неблагоприятные предлежания головки нередко встречаются при различных формах сужения таза.

При ведении родов в случае неправильного предлежания головки многие акушеры все больше склоняются к абдоминальному родоразрешению. Влагалищные ручные приемы, имеющие цель исправить неправильное предлежание или вставление головки, не дают надежных результатов, а классический поворот плода с последующей экстракцией сам по себе неблагоприятен для плода (Zacherl, Posner, Friedman и Posner).

Удельный вес неправильных предлежаний головки среди показаний к кесареву сечению за рубежом ниже, чем в нашей стране. Так, в США он составляет 0,58%, по нашим данным — 6,4%. Это обстоятельство связано с тем, что за рубежом до сих пор широко применяют высокие акушерские щипцы, которые отечественными акушерами уже давно исключены из практики. Однако и зарубежные акушеры все чаще высказываются в пользу замены высоких щипцов абдоминальным родоразрешением (Woodman, D'Esopo, Kenwick).

В ведении родов при разбираемой патологии надо различать два понятия: неблагоприятное предлежание и вставление головки. Неправильное предлежание в процессе родового акта может перейти в более благоприятное (например, лобное предлежание переходит в передний вид лицевого), тогда роды заканчиваются самопроизвольно. Поэтому на первом этапе ведения родов выжидательная тактика при неправильных предлежаниях плода является оправданной (М. С. Малиновский, Ф. А. Сыроватко, А. Ю. Лурье, Reinke, Davis, Stépan, Havlásek и др.). Только когда окончательно установлено, что неправильное предлежание приняло стойкий характер и превратилось в неправильное вставление, следует подумать о родоразрешении путем кесарева сечения. Естественно, что о неправильном вставлении можно го-

ворить только после полного открытия шейки матки и при наличии хорошей родовой деятельности.

А. М. Агаронов, Я. Н. Полонский, М. С. Малиновский, Kenwick, Döderlein, Zacherl и др. при лобном вставлении, заднем виде лицевого предлежания (подбородком кзади), заднем асинклитизме, заднем виде высокого прямого стояния головки рекомендуют производить кесарево сечение даже без функциональной пробы. В случае переднего вида высокого прямого стояния головки, переднего асинклитизма вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения может возникнуть только после функциональной оценки таза или когда имеются дополнительные осложнения беременности и родов, в комплексе с которыми самопроизвольное рождение здорового ребенка становится сомнительным.

Как показали исследования С. Я. Малиновской, исходы родов при переднетеменном вставлении головки (асинклитизм) неблагоприятны для матери и плода: на 120 родов перинатальная смертность составила 27,46%, разрывы матки — 7,5%, в 24 случаях роды закончились краниотомией и только 58 родов протекали самопроизвольно.

Такие же неудовлетворительные исходы родов наблюдаются при высоком прямом стоянии головки. Согласно анализу течения 130 родов, сделанному Т. В. Черваковой, только в 17 случаях они протекали самопроизвольно, перинатальная смертность составила 23,8%, травматизм новорожденных имел место в 13,1%, материнская смертность — в 3,8% (5 случаев).

По нашим данным, неправильные вставления головки служили показанием к абдоминальному родоразрешению у 75 рожениц. В эту группу мы не включили те роды, при которых неблагоприятные вставления головки в выборе метода родоразрешения не играли существенной роли, например, при значительном сужении таза. Лобное вставление служило показанием к кесареву сечению у 23 женщин, лицевое (подбородком кзади) — у 13, высокое прямое — у 22, заднетеменное — у 14 и переднетеменное (асинклитическое) — у 3. В большинстве случаев, кроме неблагоприятного вставления головки, имелись другие осложнения, которые оказывали, конечно, влияние на выбор хирургического метода родоразрешения. Из них

наиболее часто встречались относительные степени сужения таза (у 17), угрожающая внутриутробная асфиксия плода (у 17), крупные размеры плода (у 13), угрожающий разрыв матки (у 12), переносимость (у 6) и др.

Все дети были извлечены живыми. Двое новорожденных умерли в постнатальном периоде от бронхопневмонии.

После операции умерла одна роженица, которой кесарево сечение было сделано по поводу высокого прямого стояния головки. Абдоминальное родоразрешение было произведено спустя 3 суток от начала родов и при той же продолжительности безводного периода. Больная погибла от развития генерализованной септической инфекции.

УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ

Кесарево сечение по поводу угрожающего разрыва матки было произведено у 144 женщин, что составляет 12,4%.

Однако по существу это показание должно встречаться значительно реже. Как показал анализ историй родов, наиболее частыми причинами, приведшими к этому осложнению, явились анатомически и клинически узкий таз (у 50 женщин), несостоятельность маточного рубца после бывшего кесарева сечения (у 49), крупный плод (у 25), лобное предлежание (у 7) и др.

Таким образом, основное место в этой группе заняли такие акушерские ситуации, которые в конечном счете обуславливают дистоцию в родах за счет механического несоответствия в родовом канале женщины (65,3%). Это те же самые причины, которые приводят к совершившемуся разрыву матки, как показал анализ большого материала, произведенный Л. С. Перснаниновым и И. Ф. Жорданиа.

Возникновение признаков угрожающего разрыва матки в большинстве случаев говорит только о запоздалой диагностике данного несоответствия. На это обстоятельство, например, указывает длительность периода изгнания, который в среднем равнялся 8 час. 30 мин., а в некоторых случаях достигал 38 часов.

Кроме того, из 94 новорожденных, которые были извлечены при кесаревом сечении, произведенном по пово-

ду угрожающего разрыва матки, возникшего как следствие механической дистоции, у 33 была асфиксия, у 2 — внутричерепные кровоизлияния, у одного — вдавление и некроз кожи в области головы, а 4 родились мертвыми.

Если роженица поступает в стационар уже с признаками угрожающего разрыва матки, то, безусловно, необходимо при живом и жизнеспособном плоде закончить роды абдоминальным путем. Но ожидать появления этих признаков при ведении родов и только после этого решать вопрос о методике родоразрешения — значит подвергать большой угрозе здоровье плода и матери. Поэтому угрожающий разрыв матки в большинстве случаев является не только вынужденным показанием к кесареву сечению, но и показателем запоздалой диагностики функционального несоответствия между тазом матери и головкой плода.

Угрожающий разрыв матки самостоятельным показанием к абдоминальному родоразрешению правильнее считать только в тех случаях, которые обусловлены неполноценностью маточного рубца после перенесенных в прошлом кесарева сечения, разрыва матки, миомэктомии или связаны с дегенеративными изменениями в стенке матки за счет перенесенного или существующего воспалительного процесса.

В этих случаях признаки угрожающего разрыва матки появляются чаще в конце беременности, а в родах — независимо от функционального несоответствия между тазом матери и головкой плода.

Мы располагаем 50 подобными наблюдениями, что по отношению к общему числу кесаревых сечений составляет 4,3%. Такая частота является значительной. Она обусловлена тем, что в большинстве случаев женщины при предыдущих родах подверглись корпоральному кесареву сечению.

Мы не выделили случаи кесарева сечения, произведенного по поводу угрожающего разрыва матки, в особую группу, а распределили их в соответствии с теми причинами, при которых пассивное ведение родов привело к появлению этих признаков угрожающего разрыва матки. Случаи угрожающего разрыва матки по рубцу после кесарева сечения подробно рассмотрены в разделе о повторных кесаревых сечениях.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Слабость родовой деятельности часто осложняет родовой процесс.

По данным А. И. Петченко, она встречается у 7,46% рожениц, П. А. Белошапко — у 8,1%.

Общезвестно, как неблагоприятно влияют на плод затяжные роды. М. А. Петров-Маслаков, основываясь на многочисленных клинических наблюдениях, показал, что при длительных родах отмечается не только высокая перинатальная смертность (10,5%), но и значительная детская заболеваемость (4%), причем у 1,23% детей обнаружены органические заболевания центральной нервной системы. Особенно трудна терапия родовой слабости, когда последняя сочетается с дистоцией шейки матки. Вѣеѣка подчеркивает, что родовая слабость по своему неблагоприятному влиянию на плод стоит в одном ряду с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Слабость родовой деятельности является частым и существенным сопутствующим показанием к абдоминальному родоразрешению при относительных степенях сужения таза, у старых первородящих, при переносности, тазовых предлежаниях плода, угрожающей внутриутробной асфиксии плода и т. п. Упорные же случаи слабости родовой деятельности сами по себе в настоящее время создают необходимость в целях снижения перинатальной смертности прибегать к абдоминальному родоразрешению (Н. И. Богоров, Я. Н. Полонский, П. А. Белошапко, А. М. Агаронов, Woodman, Colvin, Claye, Hargis et al.).

Слабость родовой деятельности занимает не последнее место среди других показаний к родоразрешению абдоминальным путем (в СССР — 3,93%, в США — 4,39%, в странах Европы — 4,21%). По нашим данным, это показание в сочетании с другими осложнениями встретилось в 10,7% случаев кесарева сечения, а в 1,12% случаев операция была произведена исключительно в связи со слабостью схваток.

Конечно, по мере увеличения возможностей борьбы со слабостью родовой деятельности частота кесарева сечения при ней будет снижаться. Абдоминальное родоразрешение в связи с родовой слабостью, по данным

А. И. Петченко, производится в 4,4%, Н. П. Верхацкого — в 5%, П. А. Белошапко — в 6,4% всех случаев.

Ряд акушеров считает возможным решить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения только после отрицательной питуитриновой пробы — внутривенного капельного введения окситоцина с 5% раствором глюкозы (Colvin, Schaefer и Carpenter, Cosgrove, D'Esopo, Koleta и др.).

П. А. Белошапко, Dubrowsky, Winterringer указывают, что решение вопроса об абдоминальном родоразрешении в связи с наличием у роженицы слабости родовой деятельности не должно быть запоздалым, так как в этом случае повышается частота асфиксий новорожденных и возрастает перинатальная смертность. Я. Н. Полонский считает, что к кесареву сечению следует прибегать тогда, когда в течение первых суток выявляется безуспешность консервативных мероприятий в лечении родовой слабости.

Как мы уже указывали, слабость родовой деятельности, по нашим данным, служила показанием к кесареву сечению у 13 рожениц как основное осложнение родов и у 111 — как сопутствующее.

У 13 рожениц с упорной слабостью родовой деятельности продолжительность родов в среднем составляла более двух суток. Возможно, что своевременное и правильное лечение родовой слабости у некоторых рожениц позволило бы избежать родоразрешения хирургическим путем.

Среди этих 13 рожениц перинатальная смертность отсутствовала. Из 111 детей, матери которых были оперированы по поводу сопутствующей слабости схваток, один новорожденный был извлечен мертвым, другой умер на 24-й день от врожденного порока сердца. Мертворождаемость была связана с запоздалым родоразрешением: кесарево сечение было сделано после 6-часового периода изгнания и 3-часовой продолжительности угрожающей внутриутробной асфиксии плода по поводу сужения таза I степени, крупного плода (4000 г), слабости родовой деятельности, угрожающей внутриутробной асфиксии плода и двукратной мертворождаемости в анамнезе.

Материнская летальность имела место в группе женщин, где слабость родовой деятельности была одним из показаний к кесареву сечению. Речь идет о 36-летней

повторнородящей женщине, у которой после 15-летнего периода бесплодия роды осложнились слабостью родовой деятельности и преждевременным отхождением вод. Безводный период продолжался 32 часа, абдоминальное родоразрешение произведено спустя 40 часов от начала родовой деятельности корпоральным кесаревым сечением. Больная погибла на 5-й день после операции от перитонита, который не был вовремя диагностирован.

Решение вопроса, когда кесарево сечение становится наиболее рациональным методом родоразрешения при слабости родовой деятельности, представляет определенные трудности. Обычно слабость родовой деятельности является одним из компонентов сочетанных показаний к абдоминальному родоразрешению, которое направлено на снижение перинатальной смертности. В таких случаях в течение первых суток родов уже можно составить представление об исходе родов и вовремя поставить вопрос о хирургическом родоразрешении. Значительно реже упорная слабость родовой деятельности является единственным показанием к кесареву сечению. В этих случаях следует учитывать отрицательные результаты родостимуляции различными медикаментозными средствами (в том числе внутривенным введением окситоцина с 5% раствором глюкозы). Появление дополнительных осложнений в родах должно, конечно, ускорить выбор более активного метода родоразрешения.

ДИСТОЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

На это осложнение родов только в последние годы стали обращать серьезное внимание. Обычно шейчную дистонию неправильно расценивают как слабость родовой деятельности, поскольку у таких женщин наблюдается затяжное течение родового акта.

Патологическое состояние нижнего отрезка шейки матки (ригидность, спастическое или паралитическое состояние) встречается, по данным О. И. Лопатченко, в 1,2% родов. В некоторых случаях шейчная дистония бывает настолько сильно выражена и не поддается консервативной терапии, что возникает необходимость в родоразрешении хирургическим путем. Абдоминальное родоразрешение чаще всего производят тогда, когда к этой патологии присоединяется другая, например, угрожаю-

щая внутриутробная асфиксия плода и редко — в тяжелых случаях дистосии шейки матки. По данным О. И. Лопатченко, из 112 женщин с дистосией шейки матки абдоминальное родоразрешение было произведено у 20 (18%). Woodman, Gordon, O. Jones, Haskins и соавторы, Posner и соавторы выделяют шеечную дистосию как самостоятельное показание к кесареву сечению.

УГРОЖАЮЩАЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ АСФИКСИЯ ПЛОДА

Как сопутствующее показание к кесареву сечению угрожающая внутриутробная асфиксия плода была выделена сравнительно недавно. Rankamaa и Terho, изучавшие показания к кесареву сечению у 5468 рожениц, установили, что у 1007 из них операция была произведена в связи с угрожающей внутриутробной асфиксией плода. При этом в 637 случаях угроза асфиксии являлась главным показанием к абдоминальному родоразрешению. Lehman, Lewicka, Halsey и Gordon и др. подчеркивают, что применение кесарева сечения при угрожающей внутриутробной асфиксии плода позволяет резко снизить величину перинатальной смертности. Согласно мнению Wood и Pinkerton, во всех случаях, когда заболевание матери оказывает отрицательное влияние на состояние плода (например, при токсикозах), при появлении первых признаков угрожающей внутриутробной асфиксии плода и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути необходимо в интересах плода производить абдоминальное родоразрешение. Особенно неблагоприятно в прогностическом отношении появление угрожающей внутриутробной асфиксии плода при наличии слабости родовой деятельности, переносности или у старых первородящих. В этих случаях в еще большей степени выбор метода родоразрешения должен склоняться в пользу кесарева сечения (Claye, Havlásek, Dumoulin и Martin, Walker). То же самое относится к обвитию пуповины, которое заранее диагностировано и привело к появлению угрожающей внутриутробной асфиксии плода, а родовые пути не подготовлены к быстрому влагалитщному родоразрешению (Mittelstrass и Winkelmann).

В последнее время некоторые зарубежные акушеры угрожающую внутриутробную асфиксию плода выдели-

ли как самостоятельное показание к кесареву сечению в тех случаях, когда ее признаки появляются при недостаточно открытой шейке матки и консервативная терапия не устраняет угрозу асфиксии (Anderes, Hilfrich, Schaefer и Carpenter, Rötger и Beckers, Martius, Gordon и др.).

Такое расширение показаний вряд ли оправдано. Однако в некоторых случаях для предупреждения мертворождаемости при появлении угрожающей внутриутробной асфиксии плода, когда родовые пути не подготовлены к влагалищному родоразрешению и консервативная терапия (триада Николаева) не дает эффекта, приходится производить кесарево сечение.

В настоящее время угрожающая внутриутробная асфиксия плода занимает довольно значительное место среди показаний к кесареву сечению. Даже по данным Kofler и Kremer — представителей венской акушерской школы, отличающейся большим консерватизмом, угроза асфиксии плода явилась показанием к кесареву сечению у 8,7% женщин. По сборной мировой статистике, угрожающая внутриутробная асфиксия плода как ведущее показание к абдоминальному родоразрешению встречается в 2,04% случаев. Если же учитывать и те случаи, когда асфиксия плода явилась сопутствующим показанием, то процент кесаревых сечений возрастает в несколько раз (Lauterwein — 10,9%, Weilenmann — 13,3%, Pankana и Terho — 17,6%).

По нашим данным, угрожающая внутриутробная асфиксия плода в основном являлась сопутствующим показанием к абдоминальному родоразрешению и встретилась 152 раза (13,1%), из них 46 — в группе комплексированных показаний, 23 — сопутствовала угрожающему разрыву матки, 18 — неправильным вставлениям головки, 7 — поперечным положениям плода, 58 — анатомически и клинически узкому тазу.

Здесь не включены случаи угрожающей асфиксии плода, которые имели место при предлежании плаценты, ибо при этой патологии абдоминальное родоразрешение производилось независимо от состояния плода. Только у 5 рожениц (0,43%) угрожающая асфиксия плода явилась основным показанием к абдоминальному родоразрешению при неподготовленных родовых путях. В одном из этих случаев в родах было диагностировано обвитие пуповины, которое подтвердилось во время опе-

рации. Двое новорожденных были извлечены в состоянии синей асфиксии, но быстро оживлены и выписаны в хорошем состоянии.

Из 152 новорожденных, у которых угрожающая внутриутробная асфиксия была сопутствующим показанием к кесареву сечению, перинатальная смертность составила 7,2% (редуцированная 5,26%). Анализ ведения родов у этих женщин, родоразрешенных абдоминальным путем, показывает, что во всех без исключения случаях производство кесарева сечения было явно запоздалым.

Роженица Б., 36 лет. Роды четвертые. Показаниями к абдоминальному родоразрешению служили: затяжные роды, переднетеменное вставление, угрожающая внутриутробная асфиксия плода. Кесарево сечение произведено через 34 часа после начала родовой деятельности, через 31 час после отхождения вод и 6-часового периода изгнания. Ребенок весом 3800 г извлечен с признаками внутричерепного кровоизлияния и умер на 2-е сутки периода новорожденности.

Роженица Ш., 23 лет. Беременность и роды первые. Абдоминальное родоразрешение по поводу поперечного положения плода и угрожающей асфиксии произведено через 23 часа от начала родовой деятельности и после 18-часового безводного периода. Ребенок (2100 г) извлечен в асфиксии, оживлен, но умер на 2-е сутки от внутричерепного кровоизлияния.

Роженица С., 30 лет. Беременность и роды четвертые. Последние роды были мертвым ребенком. Кесарево сечение по поводу функционально узкого таза, угрожающего разрыва матки, угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Операция произведена после 10½ часов периода изгнания. Извлечен ребенок весом 4200 г в белой асфиксии, не оживлен.

Принимать решение о кесаревом сечении при наличии угрожающей внутриутробной асфиксии плода надо своевременно.

Если исходить из классификации развития внутриутробной асфиксии плода, предложенной А. П. Николаевым, то, разумеется, что в третьей стадии асфиксии спасти плод путем абдоминального родоразрешения вряд ли возможно. Также нецелесообразно производить кесарево сечение в целях спасения ребенка в тех случаях, когда вторая стадия развития асфиксии у плода уже длительно существует. Первая стадия и первые минуты второй стадии развивающейся асфиксии должны побудить врача изыскать срочные меры для скорейшего родоразрешения, если консервативная терапия не устраняет возникших симптомов внутриутробной асфиксии плода.

К сожалению, на основании аускультативных методов исследования нередко трудно судить о состоянии внутриутробного плода, т. к. самые ранние, начальные признаки развития внутриутробной асфиксии стетоскопом не улавливаются. Наиболее надежным способом диагностики состояния плода и эффективности проводимых лечебных мероприятий является метод электро- и фонокардиографии (Л. С. Персианинов). Т. В. Червакова при помощи фонокардиографии выявляла самые ранние признаки развития асфиксии у плода — появление экстрасистол, увеличение интервала между сокращениями предсердий и желудочков, удлинение диастолы, изменение силы и продолжительности звучания тонов. Такая ранняя диагностика угрожающего состояния у плода, безусловно, позволит улучшить исходы родов для новорожденных.

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

При ведении родов с тазовым предлежанием плода врач всегда должен беспокоиться за исход родов для плода. В течение родов могут возникать разнообразные осложнения, которые приводят к высокой перинатальной смертности. С. Л. Кейлин предложил роды при тазовых предлежаниях плода считать патологическими. Даже при отсутствии дополнительных осложнений в родах плоду в периоде изгнания угрожает опасность асфиксии из-за сдавления пуповины и нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

По данным С. Л. Кейлина, мертворождаемость при родах в тазовом предлежании составляет 16,3%. Высокая перинатальная смертность наблюдается и за рубежом: по Thompson — 10%, по Filer — 17,38%, по Kraussold — 21,7%. Как указывают эти авторы, а также Hall, Counselman и Brooks, наибольшая потеря детей наблюдается в тех случаях тазовых предлежаний, где роды были закончены операцией экстракции плода за тазовый конец.

Согласно наблюдениям М. А. Петрова-Маслакова, наибольшая смертность детей при тазовых предлежаниях имеет место при наличии сопутствующей патологии беременности (12,5%), выпадении пуповины (36,5%), экстракции плода (29,5%).

Метод Цовьянова во много раз снизил перинатальную смертность при родах в тазовом предлежании. Хорошим профилактическим мероприятием в этом отношении является также наружный поворот плода на головку.

Однако благоприятный исход при тазовых предлежаниях плода возможен только при неосложненных родах. При сочетании тазового предлежания плода с различными осложнениями, встречающимися во время беременности и в родах, рождение живого и здорового ребенка через естественные родовые пути часто становится сомнительным. В этих случаях нередко возникает вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения. Сами же по себе тазовые предлежания плода не могут являться показанием к абдоминальному родоразрешению.

В последнее время некоторые акушеры в целях борьбы с мертворождаемостью при тазовых предлежаниях стали чаще прибегать к операции кесарева сечения. В клинике D'Esopo в 1934—1936 гг. 5% женщин с тазовыми предлежаниями были родоразрешены абдоминальным путем, а в 1946—1948 гг. уже 12,3%, причем перинатальная смертность при родах в тазовом предлежании снизилась соответственно с 7 до 2% и отсутствовала в той группе, которая была родоразрешена кесаревым сечением.

В настоящее время частота абдоминального родоразрешения при тазовых предлежаниях плода, по данным Thompson, Daley и Michael, Kraussold, колеблется от 6 до 9%. D'Esopo указывает, что повышение частоты родоразрешения путем кесарева сечения при тазовых предлежаниях свыше 10% не оказывает дальнейшего влияния на снижение перинатальной смертности.

Тазовые предлежания плода имели место у 85 женщин, подвергшихся родоразрешению абдоминальным путем. Однако у 61 женщины кесарево сечение было произведено по совокупности показаний. При этом тазовое предлежание плода не являлось ведущим. Сюда относятся значительное сужение таза, предлежание плаценты, несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, рубцовые деформации шейки матки и влагалища, зашитые мочеполовые свищи, стеноз митрального клапана с явлениями декомпенсации и др. У 24 женщин тазовое предлежание было одним из важ-

ных моментов для родоразрешения путем кесарева сечения.

Сюда следует отнести сочетание тазового предлежания со слабостью родовой деятельности (у 16), преждевременным излитием вод (у 10), пожилым возрастом первородящей (у 9), перенашиванием беременности (у 7), крупными размерами плода (у 7) и пр.

Во всех этих случаях кесарево сечение было безусловно показанным, поскольку консервативное ведение родов представляло несомненную опасность для плода и новорожденного.

Из 24 детей, извлеченных при кесаревых сечениях, один был мертворожденный и 2 других умерли вскоре после рождения (у одного ребенка анэнцефалия, у другого — незаращение межжелудочковой перегородки). Мертворождение было обусловлено длительными родами при наличии узкого таза (вес ребенка 4 кг). Таким образом, мертворождаемость и ранняя детская смертность зависели не от метода родоразрешения.

Материнской летальности в этой группе кесаревых сечений, сделанных по поводу тазовых предлежаний плода, не было.

Вопрос о показаниях к абдоминальному кесареву сечению при наличии тазового предлежания плода не может считаться окончательно решенным. Наиболее часто к этой операции прибегают при тазовом предлежании у старых первородящих в связи с переносенностью и крупным плодом.

Нельзя, конечно, согласиться с рекомендацией Wright производить кесарево сечение во всех случаях тазовых предлежаний. Более правильно считать тазовые предлежания плода одним из важных компонентов сочетанных показаний к кесареву сечению и производить его во всех случаях, когда родоразрешение через естественные родовые пути не гарантирует рождение живого ребенка.

Такой сомнительный прогноз для плода может иметь место при: 1) сужении таза I—II степени; 2) возрасте первородящей старше 35 лет; 3) слабой родовой деятельности; 4) ригидности, дистоции мягких родовых путей; 5) предлежании и выпадении пуповины, особенно при ножном предлежании; 6) преждевременном или раннем отхождении вод, особенно в сочетании со слабостью родовой деятельности; 7) крупном плоде; 8) переносенной

беременности; 9) угрожающей внутриутробной асфиксии плода; 10) мертворождаемости или привычных выкидышах в анамнезе; 11) длительном периоде бесплодия; 12) тяжелых формах поздних токсикозов; 13) неполном предлежании плаценты.

Конечно, необходимость в родоразрешении хирургическим путем возникает при сочетании нескольких видов дополнительных осложнений беременности и родов, однако иногда бывает достаточным наличие одного неблагоприятного фактора, например, сужения таза II степени, длительно леченного бесплодия, мертворождаемости в анамнезе и др.

Естественно, ножные предлежания усугубляют сомнительный прогноз для плода. Koleta подчеркивает, что при задних видах тазовых предлежаний плода самопроизвольные роды более затруднены, так как ось плода в таких случаях не совпадает с осью родового канала.

ДИСТОЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Рубцовые изменения шейки матки и влагалища. Такая дистоция мягких тканей родовых путей нередко создает непреодолимое препятствие для раскрытия шейки матки и изгнания плода, поскольку рубцовая ткань не поддается достаточному растяжению. Изгнание плода может привести к значительным разрывам мягких тканей родовых путей, поэтому подобная патология большинством акушеров считается безусловным показанием к кесареву сечению (А. Ю. Лурье, А. М. Агаронов, Martius, Havlásek и др.). Однако Г. А. Бакшт рекомендует производить кесарево сечение только в тех случаях, когда эти рубцовые изменения нельзя устранить оперативным путем.

По нашим данным, рубцовые сужения шейки матки и влагалища явились показанием к кесареву сечению у 11 женщин (0,95%), из них у 6 имелось рубцовое сужение влагалища и у 5 — шейки матки и влагалища.

Мочеполовые и кишечнополовые свищи в прошлом и настоящем. Известно, каким тяжелым страданием для больных являются эти заболевания, особенно мочеполовые свищи, и с каким трудом они поддаются лечению. Поэтому риск возобновления свища после устранения такой патологии или увеличения существующего свища

при родах влагалищным путем нельзя считать оправданным. Кроме того, зашитые или незашитые свищи сопровождаются рубцовыми изменениями в мягких родовых путях, трудно поддающимися растяжению. В таких случаях следует прибегать к родоразрешению абдоминальным путем (Г. А. Бакшт, Havlásek, Greenhill и др.), хотя отдельные акушеры, например Я. Н. Полонский, А. Ю. Лурье, считают, что у некоторых больных допустимы роды через естественные родовые пути.

По нашим данным, 3 женщинам (0,26%) было произведено кесарево сечение по поводу ушитого мочеполювого свища. Кроме того, у одной больной абдоминальное родоразрешение было произведено в связи с выраженным дефектом задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки диаметром несколько сантиметров, замещенным тонкой просвечивающейся фиброзной пленкой и возникшим после восстановления разрыва промежности III степени.

Пороки развития матки и влагалища. При пороках развития матки, если беременность сохраняется до конца, могут возникнуть неправильные положения или предлежания плода, слабость родовой деятельности, которые иногда приводят к необходимости родоразрешения путем кесарева сечения. Кроме того, некоторые виды пороков развития матки сами по себе делают невозможным или опасным родоразрешение через естественные родовые пути. В одном нашем наблюдении было произведено кесарево сечение в связи с наличием у женщины поперечной перегородки влагалища и атрезии канала шейки матки. Muth описывает операцию кесарева сечения по поводу ущемления небеременной матки при *uterus bicornis unicollis*, которая была ошибочно принята за опухоль. Tucker и Baker сообщили о родоразрешении путем кесарева сечения женщины, которая имела множественные пороки развития: *uterus unicornis unicollis*, отсутствие левого яичника, маточной трубы и почки, асимметрию таза, атрофию левой ноги и *spina bifida*. Artaud и Oddo описали случай кесарева сечения по поводу редкого порока развития — наличия апуса в области нижней трети задней стенки влагалища.

Philpot и Ross указывают, что пороки развития матки редко являются показанием к абдоминальному родоразрешению. На 39 100 родов они наблюдали только 41 слу-

чай беременности с наличием того или иного порока развития матки, из них только в 6 случаях было произведено родоразрешение путем кесарева сечения и то не в связи с аномалиями развития матки, а из-за поперечных положений и тазовых предлежаний плода, слабости родовой деятельности и патологии расположения плаценты.

Отек вульвы. Отек вульвы значительной степени иногда может служить показанием к абдоминальному родоразрешению (А. Ф. Златман, Н. Н. Черниговский, Н. Ф. Шапиро, Л. А. Гусаков, Я. Н. Русин и др.). Как указывают И. В. Попандопуло и Küstner, самопроизвольные роды в таких случаях могут привести к гангрене вульвы. Havlásek и Martius считают показанным кесарево сечение также при наличии абсцессов, флегмоны, обширных кондилом и рака вульвы.

Варикозные расширения вен шейки матки, влагалища и вульвы. Эта патология в родах представляет большую опасность, поскольку разрывы варикозных узлов могут привести к смертельному кровотечению. З. Л. Карась обобщил данные литературы о родах у женщин, имевших такую патологию. У 50% женщин кровотечение, возникшее из разрывов варикозных узлов, закончилось гибелью роженицы. Обкалывание швами кровоточащих узлов может оказаться безуспешным. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, А. Ю. Лурье, Л. С. Персианинов, Havlásek, Martius считают, что существование выраженных варикозных узлов оправдывает родоразрешение хирургическим путем.

ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Каждому акушеру хорошо известно, что первые роды у женщины старше 30 лет обычно протекают более неблагоприятно и сопровождаются возникновением серьезных осложнений. Процент осложнений прогрессивно возрастает с увеличением возраста первородящей. Осложненное течение родового акта сопровождается возрастанием перинатальной смертности, которая, по данным Mac Donald и McLennan, составляет 10,2%. Все это заставляет акушеров более внимательно относиться к прогнозу родов у пожилых первородящих.

В литературе не существует единого мнения о том, с какого возраста надо считать женщину старой первородящей. Большинство акушеров определяет этот воз-

раст в 35 лет (Я. Н. Полонский, Claye, Geitmann и др.). Однако в оценке прогноза родов обычно принимают во внимание возраст первородящей старше 30 лет.

Для пожилых первородящих особенно остро стоит вопрос о получении живого ребенка. Процент кесаревых сечений у этой группы рожениц является относительно высоким — от 17 до 22,4, по данным Weisl, Geitmann и др.

Только отдельные авторы (Anderes и некоторые другие) считают наличие одного только пожилого возраста первородящей достаточным основанием для родоразрешения абдоминальным путем.

По мнению Я. Н. Полонского, Н. И. Богорова, Zacherl, Havlásek, пожилой возраст первородящих является лишь одним из сочетанных показаний к кесареву сечению.

По сводной статистике, удельный вес этого показания в США равен 2,36%, в остальных зарубежных странах — 4,28%. По нашим данным, первые роды в возрасте 35 лет и старше имели место у 33 женщин (2,8%), подвергшихся операции кесарева сечения. Если же принять во внимание, что практически акушеры первородящих старше 30 лет расценивают как пожилых, то частота операций возрастает до 6,2%. Наибольший возраст первородящих (2 женщины) составил 41 год. Следует отметить, что ни в одном случае возраст роженицы не был единственным показанием к кесареву сечению. Если из группы пожилых первородящих исключить женщин с узким тазом и дородовыми кровотечениями (13), у которых возраст при выборе метода родоразрешения не имел никакого значения, то у остальных 20 рожениц наряду с возрастом при выборе абдоминального родоразрешения принимали во внимание ряд обстоятельств. К ним относятся: поперечные и косые положения плода, неправильные предлежания головки, дистоция шейки матки, тазовые предлежания, слабость родовой деятельности, угрожающая внутриутробная асфиксия плода, преждевременное или раннее отхождение вод, сужение таза I степени, крупный плод, нефропатия, пороки развития гениталий.

Материнская летальность и перинатальная смертность в группе пожилых первородящих, подвергшихся операции кесарева сечения, отсутствовали.

Подводя итоги сказанному, следует отметить, что в профилактике перинатальной смертности некоторое увеличение частоты кесарева сечения у первородящих пожилого возраста является оправданным. Нам кажется, что уже возраст 30 лет и более может иметь определенное значение при возникновении других показаний к кесареву сечению. Особенно большое значение возрастной фактор имеет для первородящих старше 35 лет.

Если же возраст первородящей достигает 40 лет и более, то это обстоятельство само по себе может служить достаточным основанием для родоразрешения путем кесарева сечения.

ОПУХОЛИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Миома матки. Сочетание беременности и миомы матки встречается, по данным К. Н. Удаловой, у 0,7% беременных женщин; при этом у 60% женщин отмечается осложненное течение беременности. Миомы матки нередко приводят к возникновению поперечных или косых положений плода, тазовых предлежаний, преждевременного или раннего отхождения вод, предлежания плаценты, слабости родовой деятельности, атонических кровотечений и др. Расположение узлов миомы в области шейки и нижнего сегмента матки может создать непреодолимое препятствие для родового процесса. Л. С. Персанинов наблюдал два разрыва матки, причиной которых явились шеечные узлы миомы.

С другой стороны, развитие беременности может обусловить возникновение некроза миоматозного узла и его нагноение. Однако, по данным М. В. Могилева, в большинстве случаев (80%) роды у женщин, имеющих миому матки, заканчиваются благоприятно.

Тактику врача, ведущего роды у женщины, имеющей миому матки, определяют, с одной стороны, величина, количество, топография миоматозных узлов, наличие изменений в узлах, с другой стороны, течение родового акта. Если миома сама по себе требует хирургического лечения, то необходимо довести беременность до возможно большей доношенности и зрелости плода и затем произвести кесарево сечение с последующим хирургическим лечением опухоли. При поперечных и косых положениях плода также необходимо родоразрешение путем кесарева сечения, поскольку классический поворот опа-

сен из-за возможности разрыва матки. Другие осложнения родового акта, в частности слабость родовой деятельности, тем более при наличии тазового предлежания плода, уже как таковые создают предпосылки для абдоминального родоразрешения. Обусловленные низко расположенными миоматозными узлами препятствие для родоразрешения через естественные родовые пути встречается редко (по наблюдениям К. Н. Удаловой, 4 раза на 161 роды, т. е. в 2,4% случаев). Такие случаи требуют безусловного родоразрешения абдоминальным путем.

Л. С. Персианинов предупреждает о необходимости тщательно следить за сердцебиением плода у беременных и рожениц, у которых имеется миома матки. Дело в том, что при миоме матки во время беременности создаются неблагоприятные условия для маточно-плацентарного кровообращения, а нередкое возникновение в родах слабости родовой деятельности и других осложнений усугубляет гипоксию плода. Если признаки угрожающей внутриутробной асфиксии плода появляются в начале акта родов, то это обстоятельство должно быть учтено при выборе метода родоразрешения.

На 1160 кесаревых сечений миома матки была причиной операции всего 4 раза (0,35%). Во всех случаях имела место множественная миома с шеечным расположением одного из узлов. Кроме того, у 7 женщин (0,6%) миома матки являлась сопутствующим показанием к кесареву сечению.

По наблюдениям некоторых авторов миомы матки служили более частым показанием к абдоминальному родоразрешению. Так, по данным D'Esopo, на 1000 кесаревых сечений миома матки 40 раз служила самостоятельным и 15 раз сопутствующим показанием к операции.

Опухоли яичников. Сочетание злокачественных опухолей яичников и беременности относится к области казуистики. Относительно редко беременность осложняется доброкачественными опухолями яичников, причем из всех видов опухолей во время беременности чаще всего встречаются дермоидные кисты (Ф. Е. Петербургский).

Наибольшую опасность представляют опухоли яичника, остающиеся во время беременности и родов в малом тазу. Эти опухоли обуславливают уменьшение емкости малого таза и, obturiruyaya родовые пути, могут привести к различным осложнениям вплоть до разрыва

матки. Под давлением подлежащей части опухоли могут разорвать задний влагалищный свод или переднюю стенку прямой кишки и родиться впереди подлежащей части плода (Ф. Е. Петербургский). Помимо этого, во время продвижения подлежащей части плода может произойти нарушение питания опухоли, разминание стенки кистомы вплоть до ее разрыва и возникновения перитонита (Gustafson et al.). Нельзя забывать также, что опухоль яичника сама по себе требует быстрее хирургического лечения. Поэтому при доношенной беременности (или в родах) в случае наличия опухоли яичников необходимо произвести кесарево сечение и удалить опухоль (А. Ю. Лурье, Г. А. Бакшт, Martius, Hilfrich и др.).

По нашим данным, кесарево сечение в связи с наличием опухоли яичников было произведено у 3 больных. В одном случае женщине было произведено прерывание 6-месячной беременности по поводу экссудативного перикардита. Во время операции обнаружена опухоль левого яичника величиной с яблоко. Через 2 недели после операции женщина скончалась и на аутопсии у нее была найдена саркома яичников с метастазами в клетчатку средостения, надпочечники и почки.

В другом случае киста правого яичника величиной 30×40 см у 20-летней первородящей обусловила возникновение поперечного положения плода и смещение матки в сторону. В начале родовой деятельности произведено корпоральное кесарево сечение с последующим удалением кистомы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Наконец, в третьем случае опухоль яичника явилась причиной возникновения угрожающего разрыва матки.

Роженица Б., 24 лет, поступила в родильное отделение районной больницы 18/II 1957 г. Беременность первая, протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода справа ниже пупка, приглушенное. Беременность доношенная. Схватки появились дома 18/II в 5 часов, через 2 часа отошли воды. При поступлении установлено полное открытие шейки матки и наличие опухоли, прощупываемой через задний свод влагалища. Спустя 2 часа ввиду появления признаков угрожающего разрыва матки произведено кесарево сечение.

Извлечен живой мальчик весом 3100 г. Во время операции обнаружена интралигаментарная киста (размеры не указаны), которая по техническим причинам не удалена. Мать и ребенок в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Рак шейки матки. По сборной статистике Г. А. Бакшта рак шейки матки явился показанием к кесареву сечению у 0,36% женщин.

По нашим данным, эта патология встретилась в 0,34% случаев кесарева сечения.

Если у беременной обнаружен рак шейки матки, то при наличии жизнеспособного плода всегда производится родоразрешение абдоминальным путем с последующей соответствующей терапией ракового процесса. Родоразрешение через естественные родовые пути противопоказано в связи с опасностью травматизации раковой ткани, которая приводит к появлению кровотечения, усиленному метастазированию и серьезным инфекционными осложнениями.

Все вышезложенное в равной степени относится к сочетанию рака влагалища и беременности. По тем же причинам производится родоразрешение путем кесарева сечения, если беременные или роженицы больны раком вульвы, прямой кишки или мочевого пузыря.

РУБЕЦ НА МАТКЕ

Большое практическое значение имеет вопрос о ведении родов после операций кесарева сечения, ушивания разрыва матки, перфорации матки, энуклеации миоматозных узлов, пересадки яичника в матку, операции Штрассмана, т. е. всех тех вмешательств, после которых на матке остается рубец.

Наиболее часто акушеру приходится встречаться с беременными, которые перенесли раньше абдоминальное родоразрешение.

Проще всего к этому вопросу подошли американские авторы, большинство из которых придерживается принципа, что всех беременных и рожениц, которые ранее перенесли эту операцию, надо родоразрешать только путем повторного кесарева сечения с целью предупреждения разрыва матки по рубцу (Greenhill, Woodman, Hargis et al.). В связи с этим в США повторные кесаревы сечения имеют огромный удельный вес других показаний к абдоминальному родоразрешению, в среднем составляя 33,65%.

Однако акушеры нашей страны и многих зарубежных стран с полным основанием считают, что наличие рубца

на матке принципиально не исключает возможности самопроизвольных родов и далеко не всегда требует родоразрешения путем повторного кесарева сечения.

Абдоминальное родоразрешение, безусловно, необходимо при наличии явно неполноценного маточного рубца, несоответствия между размерами головки плода и таза матери, при возникновении угрозы разрыва матки по рубцу (Г. А. Бакшт, Я. Н. Полонский, И. В. Ильин, Л. С. Персианинов, Н. С. Бакшеев и др.).

Необходимость в производстве повторного кесарева сечения также возникает, если у беременной или роженицы, перенесшей ранее эту операцию, имеется поперечное или косое положение плода, так как акушерский поворот у них опасен вследствие возможности разрыва матки. Woodman, Benzi, Watters, Ramoso-Jalbuena с соавторами и др. считают целесообразным всегда родоразрешение абдоминальным путем, если женщина ранее перенесла корпоральное кесарево сечение, ибо разрыв матки по рубцу особенно часто происходит после корпорального кесарева сечения.

Перенесенный разрыв матки, согласно данным Я. Н. Полонского и А. Ю. Лурье, является показанием к кесареву сечению только в случае неполноценности маточного рубца. Однако если учесть, что разрыву чаще подвергается патологически измененная матка, а рубец после травматического разрыва матки нельзя приравнивать к линейному операционному рубцу, то правильнее считать перенесенный разрыв матки обязательным показанием к хирургическому родоразрешению.

После консервативной миомэктомии кесарево сечение следует производить в тех случаях, когда разрез матки проходил через все ее слои. Редко возникают показания к производству кесарева сечения у женщин, которые перенесли при аборте перфорацию матки. У таких беременных операция показана только в случае возникновения в процессе родов угрозы разрыва матки.

По нашим данным, повторная операция кесарева сечения была произведена у 119 рожениц (10,3%). Из них у 48 женщин имелась несостоятельность рубца, у 20 — неполноценный рубец на матке сочетался с узким тазом. У 51 женщины имелся полноценный рубец, однако узкий таз и поперечное положение плода создали необходимость повторной операции.

В 2 случаях кесарево сечение было произведено у женщин, имеющих поперечное положение плода и перенесших в прошлом разрыв матки. Наконец, абдоминальному родоразрешению подверглась одна беременная, дважды перенесшая перфорацию матки во время искусственного аборта.

ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ

При выпадении пуповины перинатальная смертность колеблется от 46% (А. И. Петченко и Л. М. Полиектова) до 53,4% (Cope). Slate и Randall на основании сборной мировой статистики (4296 случаев выпадения пуповины на 669 547 родов) указывают, что перинатальная смертность составляет 42,8%. Это обстоятельство, естественно, заставляет акушеров отыскивать методы родоразрешения, дающие при выпадении пуповины более надежные гарантии в получении живого ребенка.

Jalkanen и Niemineva, Pireaux, Kush, Sweeney и Кпорр при выпадении пуповины не рекомендуют производить ее вправление и прибегать к другим влагалищным операциям, поскольку все они сопровождаются высокой мертворождаемостью. Например, при повороте плода на ножку с последующим извлечением перинатальная смертность достигает 66% (Kush).

Абдоминальное родоразрешение благодаря своей быстрой обладает преимуществом по сравнению с другими видами операций, производимых при выпадении пуповины и недостаточно подготовленных родовых путях. Тем не менее Я. Н. Полонский, А. И. Петченко и Л. М. Полиектова все же рекомендуют при выпадении пуповины консервативные методы лечения, а кесарево сечение советуют производить только при наличии дополнительных неблагоприятных факторов (переношенность, сужение таза, отягощенный акушерский анамнез, старая первородящая).

По-видимому, надо согласиться с мнением Cox, Dilworth и Ward, Anderes, Davis, Martius и др., которые считают показанным кесарево сечение во всех тех случаях, когда отсутствуют условия для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути и состояние плода не является тяжелым.

При предлежании пуповины Havlásek рекомендует производить родоразрешение путем кесарева сечения,

если при недостаточном раскрытии маточного зева изменение положения роженицы не устраняет этой патологии.

По нашим наблюдениям, выпадение пуповины как изолированное показание к абдоминальному родоразрешению не имело места. Как сопутствующее показание выпадение пуповины наблюдалось у 12 рожениц при запущенном поперечном положении плода.

ОТЯГОЩЕННЫЙ АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Необходимо предварительно отметить, что под понятием «отягощенный акушерский анамнез» принято подразумевать совокупность неблагоприятных данных, которые во многих случаях служат показанием к той или иной акушерской операции.

В эту группу нами включены многорожавшие женщины, не имеющие детей, беременные после длительно леченного бесплодия, женщины, страдающие привычной недонашиваемостью, т. е. те, для кого потеря ребенка при данных родах является большой трагедией. Среди этих женщин основное место занимают повторнородящие, у которых предыдущие роды (оперативные или самопроизвольные) закончились мертворождением.

Многие акушеры наличие мертворождаемости в анамнезе считают важным дополнительным показанием к кесареву сечению, а указание в анамнезе на привычные выкидыши и постоянную мертворождаемость выделяют в самостоятельные показания (Anderes, Harris et al., Bach, Gordon, Havlásek и др.).

Для предотвращения мертворождаемости кесарево сечение у таких женщин производят как в родах, так и в тот период беременности, когда у той или иной женщины обычно происходит внутриутробная гибель плода (Greenhill). В ряде случаев причину предыдущей мертворождаемости трудно выяснить, однако своевременное родоразрешение путем кесарева сечения может дать благоприятные результаты.

По нашим данным, у 19 многорожавших (1,6%) кесарево сечение было произведено в связи с отсутствием детей. Число мертворожденных при предыдущих родах колебалось от 2 до 4. У некоторых женщин в анамнезе дополнительно имелись еще привычные выкидыши. У 4

многорожавших кесарево сечение было произведено только вследствие повторной мертворождаемости.

В качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Беременная П., 24 лет. Беременность и роды пятые. Первые роды закончились рождением мертвого плода, вторые рождением 2 мертвых детей, третьи и четвертые — плодоразрушающими операциями на мертвом плоде. Настоящая беременность осложнилась многоводием. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода глухое, слева ниже пупка. При появлении схваток было произведено кесарево сечение, извлечен мальчик весом 3700 г. Послеоперационный период протекал без осложнений. Мать и ребенок в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

В остальных 15 случаях из 19 ведущим показанием к кесареву сечению явились указания на мертворождаемость в анамнезе, но в сочетании с дополнительными неблагоприятными факторами (слабость родовой деятельности, сужение таза I степени, крупный плод, переносимость, угрожающая внутриутробная асфиксия плода).

Результаты абдоминального родоразрешения у всех 19 женщин благоприятные. Мы разделяем мнение Greenhill, Havlásek, Harris и соавторов, Carey, что операцию кесарева сечения следует производить у женщин, имеющих в анамнезе привычные аборт или длительное бесплодие, поскольку у них не следует рисковать желанным ребенком. Мы располагаем данными о 3 таких оперированных: у одной роженицы в анамнезе были привычные выкидыши, а у 2 — бесплодие в течение 7 лет, по поводу которого они неоднократно лечились.

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

По данным Л. С. Бебчук, частота переносимой беременности по отношению к родам составляет 1,7%, более высокие показатели приводит Е. И. Филина — 3,97%. Перинатальная смертность при переносимой беременности колеблется от 7,67% (Е. Я. Ставская) до 15,3% (М. А. Петров-Маслаков).

Поэтому продолжение беременности свыше нормального срока на 2 недели и больше является опасным и требует безусловного родоразрешения. Медикаментозное родовозбуждение часто не дает желаемого результата.

Анализ 386 случаев переносимости беременности, проведенный Е. И. Филиной, показал, что медикаментозное вызывание родов дало положительный эффект только в 42,1% случаев. В связи с этим многие акушеры (Bottella-Llussia, Döderlein и др.) при перенашивании отдают предпочтение родоразрешению путем кесарева сечения. Однако большинство акушеров считает переносимость важным, но сопутствующим показанием к кесареву сечению (А. П. Николаев, Е. И. Филина, Л. С. Бибчук, Е. Я. Ставская, Hilfrich, Martius, Puder и др.).

Согласно нашим наблюдениям, переносимость ни разу не являлась единственным показанием к абдоминальному родоразрешению. У 74 женщин (6,4%) кесарево сечение было произведено по поводу сочетания перенашивания с другими осложнениями беременности и родов. По сборным статистикам различных авторов, переносимость также в редких случаях является самостоятельным показанием к абдоминальному родоразрешению.

Надо признать оправданным родоразрешение путем кесарева сечения, если переносимость сочетается с тазовым предлежанием, поперечным положением плода, относительным сужением таза, неправильными предлежаниями головки, крупным плодом, диабетом, слабостью родовой деятельности, мертворождаемостью в анамнезе, пожилым возрастом первородящих, угрожающей внутриутробной асфиксией, безуспешностью медикаментозного родовозбуждения. Необходимо учитывать данные Я. Н. Буханова о том, что при перенашивании на 5—6 недель и более применение родостимуляции не только нецелесообразно, но нередко и опасно, так как к этому времени в плаценте происходят выраженные дистрофические изменения и при первых схватках может наступить смерть плода в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения. В таких случаях показания к кесареву сечению должны быть расширены.

РЕЗУС-КОНФЛИКТ

Гематологический конфликт между резусотрицательной кровью матери и резусположительной кровью плода, приводящий к развитию гемолитической болезни у плода или новорожденного, обуславливает высокую перина-

тальную смертность. Так, по данным Л. В. Рожновой общая потеря детей при этой патологии составила 66,8%. Резус-конфликт занимает значительное место среди всех причин перинатальной смертности (по М. А. Петрову-Маслакову, 7,3%).

Поэтому у акушеров появилось стремление родоразрешать беременную с такой патологией за 3—4 недели до срока родов, когда плод еще в небольшой степени подвергся воздействию резус-антител крови матери. Некоторые авторы в качестве метода досрочного родоразрешения рекомендуют операцию кесарева сечения (Hilf-lich, Schmölling, Benzi, McLean et al.).

Однако Л. С. Персианинов, Townsend и соавторы, Bach, Woodman, Zacherl и др. указывают, что при досрочном родоразрешении все же нельзя быть уверенным в благоприятном исходе изоиммунизации для ребенка. Поэтому большинство акушеров в настоящее время высказывается против кесарева сечения как операции выбора для досрочного родоразрешения беременных с резус-конфликтом. А. И. Петченко рекомендует абдоминальное родоразрешение у беременных с резус-конфликтом при угрожающей внутриутробной асфиксии плода, отягощенном акушерском анамнезе (недонашиваемость, мертворождаемость), тазовых предлежаниях, перенашивании, сужении таза, предлежании плаценты.

Мы располагаем одним наблюдением, когда абдоминальное родоразрешение было произведено по поводу резус-конфликта.

Беременная С., 25 лет. Беременность и роды четвертые. Предыдущие 3 родов закончились мертворождением. При обследовании у матери обнаружена резусотрицательная кровь А (II) группы, у отца — резусположительная кровь О (I) группы. Беременность протекала без осложнений. В целях профилактики гемолитической болезни беременной была дважды перелита резусотрицательная кровь, назначена аскорбиновая кислота, глюкоза, прогестерон, оксигенотерапия. При систематическом исследовании крови матери резус-антитела не обнаружены. Через 2 недели после госпитализации беременной появились признаки угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Произведено абдоминальное родоразрешение. Извлечен живой ребенок весом 3200 г. Сразу же после рождения ему введено через пупочную вену 50 мл резусотрицательной крови. Ребенок перенес анемическую форму гемолитической болезни, которая легко поддавалась лечению. Мать и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии.

КОМПЛЕКСИРОВАННЫЕ (СОЧЕТАННЫЕ) ПОКАЗАНИЯ

Эта группа показаний трудно поддается четкому определению. Она стала вырисовываться тогда, когда в силу благоприятных исходов кесарева сечения для матери к этой операции стали шире прибегать с целью избежать возможной мертворождаемости при данных родах.

Нам кажется, что к сочетанным показаниям следует отнести совокупность нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых не служит показанием к кесареву сечению, однако при их сочетании в случае родов через естественные родовые пути создается угроза для жизни плода и новорожденного.

Конечно, никто не может отрицать, что хирургическое родоразрешение редко предпринимается сейчас по поводу какого-либо одного осложнения. Но из нескольких осложнений беременности и родового акта обычно одно является основным, ведущим, а другие сопутствующими. Поэтому при определении показаний к этой операции обычно указывают главное.

Однако в ряде случаев при анализе течения родов у женщины нередко бывает весьма трудно выделить такое основное осложнение. В то же время сочетание нескольких, в отдельности не столь опасных осложнений заставляет врача беспокоиться за исход родов для ребенка, если они будут происходить через естественные родовые пути.

За последнее время такие сочетанные показания к кесареву сечению стали нередко встречаться в акушерской практике, но в литературе о них почти нет упоминаний.

Эта группа показаний в настоящее время уже должна получить определенное признание. По-видимому, лучше называть их комплексированными показаниями, потому что те несколько патологических факторов, которые приводят к необходимости родоразрешения путем кесарева сечения в целях спасения ребенка, являются не простой суммой, сочетанием, а комплексом, т. е. дают в итоге новое качество.

Несколько десятилетий назад В. С. Груздев и А. И. Тимофеев выступали против таких «профилактических» показаний к хирургическому родоразрешению, производимому в целях устранения возможных опасностей для

плода. Это станет понятным, если вспомнить, какая высокая материнская летальность была в то время после абдоминального родоразрешения. Однако стремление производить кесарево сечение по комплексированным показаниям было характерно и для того времени. В частности, проф. Р. Г. Лурье¹ в отчете о деятельности Центрального института акушерства и гинекологии за 25 лет (1904—1929) пишет: «...У старых первородящих при наличии крупного плода в ягодичном предлежании и желании матери иметь живого ребенка правильнее подвергнуть ее кесареву сечению своевременно, нежели выжидать, жертвуя жизнью плода».

Трудность выделения комплексированных показаний в отдельную группу заключается в том, что некоторые осложнения родов могут быть в одних случаях единственным или ведущим показанием к кесареву сечению, в других — одним из компонентов комплексированных показаний, а в третьих — сопутствующим при наличии главных показаний (например, слабость родовой деятельности). На многих осложнениях беременности и родов, составляющих комплексированные показания, мы уже останавливались в предыдущих разделах данной главы. При этом подчеркивалось, что они как самостоятельные показания к абдоминальному родоразрешению встречаются редко (тазовые предлежания, переносимость, слабость родовой деятельности и пр.).

Мы сочли возможным выделить 121 операцию кесарева сечения, которая была сделана по комплексированным показаниям, что составляет 10% общего числа, т. е. эта группа по частоте занимает третье место, уступая только анатомически и клинически узкому тазу и предлежанию плаценты.

Осложнения беременности и родов, которые составили эту группу, были самыми разнообразными:

Слабость родовой деятельности	80 случаев	
Преждевременное или раннее отхождение вод	49	»
Переносимость	49	»
Пожилый возраст первородящей	48	»
Сужение таза I степени	47	»

¹ Цит. по М. З. Коган.

Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	47 случаев
Крупный плод	32 »
Отягощенный акушерский анамнез	31 »
Ягодичное предлежание плода	20 »
Нефропатия и преэклампсия	7 »
Переднеголовное предлежание	5 »
Ригидность шейки матки	3 случая
Миома матки	2 »
Бесплодие в течение 7 лет	2 »
Энуклеация узлов миомы в анамнезе	2 »
Лицевое предлежание (подбородком кпереди)	1 случай
Длительный промежуток времени от первых родов	2 случая
Пороки развития матки	2 »
Привычные выкидыши в анамнезе	1 случай
Частичное предлежание плаценты	1 »
Угроза эндометрита в родах	1 »

В подгруппу с отягощенным акушерским анамнезом включены те женщины, у которых имела место мертворождаемость только при отдельных родах или предыдущие роды сопровождались влагалищными операциями или были затяжными.

Обычно у одной и той же роженицы имело место сочетание от 2 до 5 указанных осложнений (в среднем 3). Наиболее распространенными показаниями к кесареву сечению были различные сочетания слабости родовой деятельности, преждевременного или раннего отхождения вод, переношенности, возраста старше 30 лет при первых родах, сужения таза I степени, угрожающей внутриутробной асфиксии плода, отягощенного акушерского анамнеза, крупного плода и тазового предлежания.

Для пояснения сказанного приводим несколько клинических наблюдений.

Роженица Д., 34 лет, беременность и роды первые. Беременность переношенная, протекала без осложнений. Размеры таза нор-

мальные. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода ясное, слева ниже пупка. Артериальное давление 115/80 мм рт. ст., температура 36,8°. Роды осложнились слабостью родовой деятельности, ранним излитием околоплодных вод и угрожающей внутриутробной асфиксией плода, ввиду чего проведены стимуляция родовой деятельности и профилактика внутриутробной асфиксии. В связи с переносностью, слабостью родовой деятельности, угрожающей внутриутробной асфиксией плода у пожилой первородящей произведено родоразрешение путем кесарева сечения. Извлечен мальчик весом 3680 г в синей асфиксии, оживлен. Общая продолжительность родов 33 часа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Мать и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии.

Роженница Т., 33 лет. Беременность седьмая, роды четвертые. В анамнезе 3 искусственных аборта и 3 родов: последние роды закончились мертворождением. Беременность переносная, протекала без осложнений. Размеры таза 25—27—28—18 см, диагональная конъюгата 11 см. Окружность живота 93 см, высота стояния дна матки 31 см. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода ясное справа ниже пупка. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Схватки с самого начала были неудовлетворительными. Воды не отходили, Неоднократно проводилась стимуляция родовой деятельности. Произведено родоразрешение путем кесарева сечения по показаниям: переносность, отягощенный акушерский анамнез, сужение таза I степени, слабость родовой деятельности. Извлечен мальчик весом 3400 г в хорошем состоянии. Общая продолжительность родов 49 часов. Послеоперационный период и период новорожденности протекали без осложнений. Мать и ребенок выписаны в хорошем состоянии.

Роженница П., 26 лет, Беременность первая. Во второй половине беременности наблюдалась отечность ног. Размеры таза 25—28—31—20 см, окружность живота 113 см, высота стояния дна матки 36 см. Положение плода продольное, чистое ягодичное предлежание, сердцебиение плода справа на уровне пупка ясное, ритмичное. Артериальное давление 160/110 мм рт. ст., умеренная отечность ног. Воды отошли за 2 часа до начала родовой деятельности. Во время родов артериальное давление повысилось до 200/100 мм рт. ст. Родовая деятельность все время оставалась слабой, несмотря на повторную родостимуляцию. Произведено абдоминальное родоразрешение по показаниям: слабость родовой деятельности, ягодичное предлежание, крупный плод, преждевременное отхождение вод, нефропатия. Ребенок извлечен весом 4700 г в синей асфиксии, оживлен. Общая продолжительность родов 47 часов. В послеоперационном периоде наблюдались явления эндометрита. Период новорожденности протекал без осложнений. Мать и ребенок в удовлетворительном состоянии выписаны на 15-й день после операции.

Роженница Б., 31 года, Беременность и роды вторые. Первые роды закончились рождением мертвого ребенка. Настоящая беременность протекала без осложнений. Размеры таза 26—28—32—19 см, окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 32 см. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода справа ниже пупка ясное. Артериальное давление 100/65 мм. Роды срочные. После отхождения вод выявилась первая степень разгибания головки. Кроме того, возникли симптомы угрожающей внутри-

утробной асфиксии плода. Произведено родоразрешение путем кесарева сечения по показаниям: отягощенный акушерский анамнез, слабость родовой деятельности, переднеголовное предлежание, угрожающая внутриутробная асфиксия плода. Извлечен мальчик весом 4050 г в хорошем состоянии. Общая продолжительность родов 28 час. Послеоперационный период и период новорожденности протекали без осложнений.

В приведенных выше клинических наблюдениях любое осложнение беременности или родов, взятое в отдельности, не являлось показанием к кесареву сечению. Однако сочетание этих осложнений создало в каждом отдельном случае серьезную акушерскую ситуацию, при которой роды естественным путем могли бы с большой долей вероятности закончиться мертворождением.

При определении показаний к абдоминальному родоразрешению врачи часто указывают на желание матери иметь живого ребенка. Нам кажется, что в нашей стране, где забота о матери и ребенке является общегосударственным делом, на таком показании вряд ли имеет смысл фиксировать внимание. Ребенок должен всегда родиться живым и здоровым. Не приходится говорить, что совершенно недопустимым является производство кесарева сечения просто по просьбе женщины.

В группе женщин, у которых кесарево сечение было произведено по комплексированным показаниям, перинатальная смертность равна 5%. Два ребенка были извлечены мертвыми и 4 погибли в раннем периоде новорожденности. Анализ случаев перинатальной смертности показал, что мертворождаемость была обусловлена в одном случае производством кесарева сечения в условиях длительно существующей внутриутробной асфиксии плода при наличии переносности, пожилым возрастом первородящей, преждевременным отхождением вод, слабостью родовой деятельности. В другом случае кесарево сечение было произведено по поводу сужения таза I степени, крупного плода, клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, наличия мертворождаемости в анамнезе.

Двое детей умерли от врожденных пороков развития (анэнцефалия и незаращение межжелудочковой перегородки сердца). Третий новорожденный погиб от внутричерепного кровоизлияния, возникшего вследствие угрожающей внутриутробной асфиксии плода, переднеголового предлежания и длительного (7 часов) периода изгнания.

Наконец, четвертый ребенок в период новорожденности заболел двусторонней бронхопневмонией и умер через 7 дней.

Таким образом, в 4 из 6 случаев перинатальная смертность могла быть предотвращена при своевременном производстве кесарева сечения.

Материнская летальность имела место в 2 случаях кесарева сечения. Смерть больных наступила от сильного гипотонического кровотечения и развития диффузного перитонита.

Конечно, существует опасность неоправданного расширения частоты абдоминального родоразрешения именно в этой группе комплексированных показаний, тем более что выработать точные установки для этих случаев весьма затруднительно. Дело заключается не только в определении самих показаний к абдоминальному родоразрешению, но и в выборе времени его производства. Если операция кесарева сечения производится с опозданием, это может привести к перинатальной смертности, и операция не достигает цели. Для подтверждения сказанного достаточно сослаться на приведенные выше случаи перинатальной смертности.

С другой стороны, поспешно произведенные операции без наличия достаточных показаний являются не меньшей ошибкой, поскольку в таких случаях роды могут благополучно закончиться при влагалищном родоразрешении.

Поэтому правильная оценка комплексированных показаний обычно бывает под силу только опытному врачу. Неопытному акушеру лучше воздержаться от принятия самостоятельного решения и прибегнуть к консультативному решению вопроса.

В заключение все же можно сказать, что абдоминальное родоразрешение по комплексированным (сочетанным) показаниям будет оправданным, если сочетаются в различных вариантах такие неблагоприятные факторы, как переносимость, пожилой возраст первородящей, угрожающая внутриутробная асфиксия плода, тазовые предлежания, крупный плод, сужение таза I степени, отягощенный акушерский анамнез, тем более, когда эти сочетания происходят на фоне слабости родовой деятельности, которая является практически наиболее частым компонентом комплексированных показаний. Перечис-

ленные неблагоприятные факторы, которые обуславливают сомнительный прогноз для плода при родах через естественные родовые пути, являются основными для комплексированных показаний, но к ним в различных акушерских ситуациях могут добавляться и другие, значительно реже встречающиеся вообще или в качестве составной части комплексированных показаний.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА МЕРТВОЙ ИЛИ УМИРАЮЩЕЙ

Как уже было указано в главе об истории кесарева сечения, эту операцию на мертвой беременной или роженице производили еще в глубокой древности. С момента признания кесарева сечения как родоразрешающей операции, производимой на живой женщине, в литературе время от времени появляются редкие сообщения о сделанных операциях на мертвой с целью спасения ребенка.

Исходы кесаревых сечений на мертвой или умирающей долгое время были неудовлетворительными. Так, по сборной статистике (до XX века) Ланге, в результате 141 операции только 3 детей были живы. Но уже в XX веке опубликованы другие данные. Например, Китнер за 1904—1913 гг. на 44 операции отметил получение 30 живых детей (цит. по А. Н. Наумову).

Нам также удалось собрать более поздние наблюдения различных авторов относительно производства кесарева сечения на мертвой за 1934—1960 гг.

В результате 22 операций кесарева сечения, произведенных на мертвой, 20 детей были извлечены живыми, один из которых впоследствии умер. Такие благоприятные результаты зависят, вероятно, от того, что в литературе чаще публикуют наблюдения об удачных исходах таких операций.

На результаты кесарева сечения, производимого на мертвой, большое влияние оказывает время, прошедшее с момента смерти матери до извлечения ребенка, и характер заболевания, от которого погибла женщина. П. Я. Гарфункель считает, что максимальное время, необходимое для получения живого ребенка после смерти матери, составляет 21—23 минуты. Spenser упоминает о сообщении Моган, который извлек ребенка через 25 минут после смерти матери. Однако рекордное время указано в недавнем сообщении Cantoni и Rasori, которые

извлекли ребенка через 45 минут после смерти матери. На этом наблюдении стоит остановиться подробно. Беременная внезапно умерла от субарахноидального кровоизлияния и с целью ее оживления была произведена интубация с последующим искусственным дыханием в течение длительного времени, которое, по-видимому, и сыграло положительную роль. Авторы не делают выводов из своего клинического наблюдения, но они напрашиваются сами собой: применение современных методов оживления организма при клинической смерти беременной женщины может явиться также средством, позволяющим увеличить число живых детей, извлеченных путем кесарева сечения в случае смерти матери. Прогноз для плода более благоприятен в случаях внезапной смерти матери и менее благоприятен, если смерть наступила от хронических заболеваний и интоксикаций (Lattuada).

Производить кесарево сечение на мертвой целесообразно только в том случае, когда плод вообще жизнеспособен, т. е. срок беременности должен быть близок к 28 неделям и более. Следует убедиться также до операции в наличии сердцебиения плода, но многие акушеры подчеркивают, что на длительное отыскивание сердцебиения плода не следует терять драгоценное время, поскольку известны случаи извлечения живого плода при отсутствии достоверно выслушиваемого сердцебиения (А. Н. Наумов, Кпорр, Lattuada).

Общепризнано, что метод кесарева сечения должен быть классическим как наиболее быстро выполнимый, а сама операция должна производиться по всем правилам с соблюдением асептики (руки, инструменты), так как известно несколько случаев, когда после операции женщину удавалось вывести из состояния клинической смерти (Lattuada).

Сложнее обстоит дело с производством кесарева сечения на умирающей. В. С. Груздев, Кпорр, Havlásek считают, что для этого необходимы следующие условия: 1) заболевание должно быть смертельным и неизбежность близкой смерти несомненной; 2) плод должен быть живым и жизнеспособным; 3) перед операцией надо убедиться в том, что нет возможности родоразрешить женщину через влагалище; 4) если женщина находится в сознании, то необходимо ее согласие на операцию; если она находится в бессознательном состоянии, то сле-

дует получить по возможности согласие ее мужа или родственников; 5) если позволяет время, то в решении вопроса об операции должны участвовать двое врачей или консилиум.

Операция кесарева сечения на умирающей должна производиться по всем правилам, ибо надо учитывать после нее возможность улучшения состояния больной, о чем в литературе имеются указания (П. Я. Гарфункель).

Результаты кесарева сечения на умирающей более благоприятны, чем на мертвой. Согласно Кпорр, в литературе опубликовано 36 подобных случаев, причем извлечено 28 живых детей.

КАЗУИСТИКА КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ

Мы располагаем одним таким наблюдением.

Беременная Ж., 28 лет, поступила в родильный дом г. Барнаула 18/1 1958 г. Беременность и роды вторые. Первые роды в 1950 г. протекали без осложнений. Последняя менструация 27/III 1957 г. Времени первого шевеления плода не помнит. Размеры таза нормальные, положение плода продольное, тазовое предлежание, сердцебиение плода отсутствует. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. С 1 по 13/1 находилась в родильном доме по поводу лихорадочного состояния и внутриутробной гибели плода. После повторной госпитализации в течение января, февраля, марта и апреля у беременной ежедневно была лихорадка в пределах 37,2—38,3°. Неоднократное медикаментозное возбуждение родов не давало результатов. Общее состояние постепенно ухудшалось. 2/II произведена также безуспешно операция метрейриза. 5/IV родоразрешение путем кесарева сечения по показаниям: несостоявшиеся роды, эндометрит, угроза генерализации инфекции. Анестезия местная. По вскрытии брюшной стенки выяснилось, что матка спаяна с передней брюшной стенкой и проникнуть в брюшную полость не удается. Тело матки дряблое, но маточное кровоотечение отсутствует. Дренаж полости матки через брюшную стенку. В послеоперационном периоде продолжался гнойный эндометрит. 27/V выписана в удовлетворительном состоянии с маточно-брюшностеночным свищем.

Harris и соавторы сообщили о производстве кесарева сечения женщине в связи с длительной (в течение нескольких недель) задержкой мертвого плода, несмотря на угрозу возникновения афибриногенемии. Предварительное применение родовозбуждения оказалось неэффективным.

А. И. Петченко описал случай производства кесарева сечения с благополучным исходом 22-летней первобере-

менной по поводу травматического остеомиелита костей таза, осложненного влагалищной и промежностной фистулами с обильным истечением гноя.

А. М. Богач описал кесарево сечение, произведенное по поводу кровотечения в мочевой пузырь, угрожавшее жизни женщины. Выполненное вслед за кесаревым сечением вскрытие мочевого пузыря позволило обнаружить на валике у устья правого мочеточника сосудистый бугорок, из которого струилась кровь.

П. А. Бойко опубликовал случай кесарева сечения у трахеотомированной беременной в связи со стенозом гортани, вызванным туберкулезом. Необходимость операции была связана с тем, что при потугах трубка могла бы сместиться и выпасть из гортани, а также с неприспособленностью женщины к новым условиям дыхания при потугах.

Стеноз гортани явился поводом для родоразрешения путем кесарева сечения у беременной, наблюдавшейся Р. И. Деревянко.

В случае К. П. Звягина беременная с высокой температурой была родоразрешена кесаревым сечением с благополучным исходом ввиду наличия у нее шеечно-калового свища на почве язвенного колита.

И. А. Акимова произвела классическое кесарево сечение с благоприятным исходом по поводу parametritis purulenta с наличием гнойного свища в правом влагалищном своде.

Н. И. Белоглядова и Т. Н. Коровина сообщили о производстве кесарева сечения по поводу перитонита на 38-й неделе беременности с благоприятным исходом.

С. Л. Кейлин, Verhasselt, Good и Baker сообщили об абдоминальном родоразрешении у женщин, перенесших метропластику по Штрассману.

Спагер сообщил о женщине, которой в чадородном возрасте была произведена вентрофиксация матки. Во время беременности у нее плод принял поперечное положение типа dorso-anterior. В родах потребовалась операция кесарева сечения. По вскрытии брюшной полости было найдено, что тело матки повернуто по отношению к шейке на 130° и родовый канал в области внутреннего зева закрыт. Матка была вскрыта продольным разрезом по задней ее стенке.

М. С. Александров описал случай кесарева сечения после операции образования искусственного влагалища из сигмовидной кишки.

Я. Н. Русин приводит случай прерывания беременности в конце VIII месяца абдоминальным путем женщине, страдавшей неукротимой рвотой, ввиду резкого истощения больной.

Ретроперитонеальная гематома послужила основанием для производства кесарева сечения у О'Соппог.

Goris производил эмбриотомию у роженицы по поводу ileotogastropagus. После декапитации одной головки дальнейшее производство эмбриотомии стало технически невозможным. Ввиду угрожающего разрыва матки роды были закончены абдоминальным путем.

Cos и соавторы описали 2 случая кесарева сечения у женщины, заболевших острым полиомиелитом с выраженным нарушением функции дыхания. Обе женщины выздоровели.

Stutynski произвел кесарево сечение на мертвом плоде по поводу наличия у матери обильного кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта. С момента опорожнения матки кровотечение внезапно прекратилось. Ревизия брюшной полости и последующее обследование больной не выявили никакой патологии. Автор предполагает, что кровотечение было per diapedesis, связанное с гормональными факторами.

Болезнь Реклингаузена с развитием множественных узлов на промежности, вульве и влагалище явилась показанием к абдоминальному родоразрешению в наблюдениях Martey и Lacroix.

Pfisterer оперировал роженицу, у которой слева от промонториума прощупывалась опухоль, обусловившая обтурацию родового канала. Произведенная после кесарева сечения ревизия показала наличие тазовой почки.

Соре закончил роды абдоминальным путем у женщины, имевшей камень в мочевом пузыре размером с женский кулак. В периоде изгнания при влагалищном исследовании было определено, что камень находится впереди головки плода и выступает во влагалище. Родоразрешение путем кесарева сечения было закончено вскрытием мочевого пузыря и удалением камня. Соре с 1765 г. собрал в литературе 29 подобных случаев, сообщенных 6 авторами.

Mittchell, Garret сообщили о 117 наблюдениях, собранных ими в литературе, включая и собственное, посвященных острой торсии беременной матки. Такая патология требует лапаротомии и в поздние сроки беременности производства кесарева сечения с последующей репозицией или надвлагалищной ампутацией матки. Торсия беременной матки в родах обуславливает развитие резкого болевого синдрома и прекращения поступательного движения плода.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

Пожалуй, наиболее трудной задачей в проблеме кесарева сечения является попытка систематизировать современные показания к этому виду родоразрешения. Основная трудность заключается в том, что в настоящее время какая-нибудь одна патология беременности и родов является нечастым поводом к абдоминальному родоразрешению. В большинстве случаев возникает сочетание нескольких видов патологии беременности или родов, которые заставляют врача подумать о родоразрешении путем кесарева сечения, особенно если речь идет о спасении жизни ребенка.

По нашим наблюдениям, охватывающим 1160 кесаревых сечений, только у 468 женщин (40,1%) встретились одиночные показания. В остальных случаях показания носили комбинированный характер, причем у 571 женщины можно было выделить какую-либо ведущую патологию, а у 121 кесарево сечение было произведено только по комплексированным (сочетанным) показаниям, каждое из которых в отдельности не имело решающего значения для исхода родов.

Понятно, что правильно построенная классификация важна для правильного определения показаний к абдоминальному родоразрешению и может предотвратить возможность необоснованного производства кесаревых сечений.

В нашей стране общепринятым является деление показаний к кесареву сечению на абсолютные и относительные (Г. А. Бакшт, М. С. Малиновский, К. Н. Жмакин, И. Л. Брауде, С. М. Беккер).

Как указывает М. С. Малиновский, кесарево сечение по абсолютным показаниям делают тогда, когда извле-

чение плода через естественные родовые пути оказывается невозможным даже в уменьшенном объеме. При относительных показаниях кесарево сечение производят в тех случаях, когда извлечение живого доношенного плода *per vias naturales* невозможно.

С исторической точки зрения абсолютные показания возникли первыми, и по мере развития медицины и акушерства их число несколько увеличилось. При наличии абсолютных показаний кесарево сечение производят независимо от условий или противопоказаний.

Казалось бы, абсолютные показания не должны быть многочисленными. Однако даже в этом вопросе среди акушеров отсутствует единое мнение.

В. С. Груздев и А. И. Тимофеев показания к абдоминальному родоразрешению систематизировали следующим образом:

1. Механические препятствия, не дающие возможности рождения плода через естественные родовые пути (абсолютные сужения таза и др.).

2. Заболевания, которые требуют выключения родового акта как такового: предлежание плаценты, рак шейки матки, зашитые моче- и киечно-половые свищи, пороки сердца с явлениями декомпенсации, выпадение пуповины и т. п.

3. Заболевания, при которых в интересах матери требуется прерывание беременности в последние месяцы (эклампсия, некоторые тяжелые экстрагенитальные заболевания).

4. Особая группа показаний, когда кесарево сечение делают в целях исключения возможной гибели внутриутробного плода.

Я. Н. Полонский рекомендовал делить показания к кесареву сечению на стабильные и преходящие. В первую группу он включил те изменения в организме женщины, которые имеют стойкий характер и сохраняют свое значение при последующих беременностях. Преходящие показания при последующих беременностях и родах могут отсутствовать (например, разгибательные вставления, предлежание плаценты). В свою очередь стабильные показания подразделяются на абсолютные и относительные. Еще большее число классификаций встречается у зарубежных акушеров. Huber, Weilenmann, Kalkschmid, Studdiford и Decker, Lauterwein и др. разделяют показа-

ния на две основные группы: показания со стороны матери и показания со стороны плода.

В первую группу включены анатомически и клинически узкий таз, поздние токсикозы, кровотечения в конце беременности и в начале родов, экстрагенитальные заболевания, наличие рубца на матке, угрожающий разрыв матки и др.

Единой трактовки показаний, объединенных во вторую группу, у приведенных авторов нет. Lauterwein, Kalkschmid включили сюда угрожающую внутриутробную асфиксию плода, резус-конфликт между кровью матери и плода. Studdiford и Decker, Lewicka добавляют еще слабость родовой деятельности, неправильные положения и предлежания плода, пожилой возраст первородящей, тазовые предлежания, наличие мертворождаемости в анамнезе и др. Studdiford и Decker относят к этой группе также анатомически и клинически узкий таз, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, угрожающий разрыв матки и др.

Противоречивость данной классификации вынудила Huber, Weilenmann, Kalkschmid, Koller и Rütte выделить дополнительно третью группу показаний. В эту группу включены переносимость, пожилой возраст первородящей, слабость родовой деятельности, аномалии положения и предлежания плода, диабет и др.

Burnett делит показания к кесареву сечению на:

1. Общие заболевания матери (поздние токсикозы беременности, диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.).

2. Дефекты родовых путей матери (анатомически и клинически узкий таз, опухоли матки и яичников, рубцовые сужения, зашитые мочеполовые свищи, рак шейки матки и др.).

3. Аномалия плода и плаценты (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неправильные вставления, выпадение пуповины).

4. Аномалии родовой деятельности.

5. Смешанные показания.

Havlásek, Horský подразделяют все показания на главные (основные) и вспомогательные (сочетанные), подчеркивая при этом, что практически могут встречаться совместно те и другие.

Таким образом, приведенные характеристики наиболее известных классификаций свидетельствуют о том, что среди акушеров еще нет единой точки зрения относительно принципов построения классификации показаний к кесареву сечению.

Отсутствие единой, общепризнанной классификации показаний к кесареву сечению приводит к тому, что авторы, которые публикуют результаты кесарева сечения по тому или иному родовспомогательному учреждению, располагают их в порядке убывающей частоты.

Поскольку в нашей стране большинство акушеров придерживается деления показаний к кесареву сечению на абсолютные и относительные, эту классификацию следует оставить, так как она удобна в практическом отношении.

Каждый врач знает, что наличие абсолютных показаний требует бесспорного производства кесарева сечения, а для выполнения кесарева сечения по относительным показаниям необходимо веское его обоснование. Однако учитывая современные достижения в разработке проблемы кесарева сечения, в эти два понятия необходимо внести другой смысл.

Абсолютными показаниями к кесареву сечению надо считать не только невозможность извлечения плода *per vias naturales* даже в уменьшенных размерах и когда кесарево сечение вынужденно производят при любых условиях, но также ситуации, при которых в настоящее время любой способ родоразрешения через естественные родовые пути более опасен для матери, чем кесарево сечение, не только в отношении жизни, но и с точки зрения инвалидности.

К числу относительных показаний следует отнести такие заболевания и акушерские ситуации, которые неблагоприятно сказываются главным образом на состоянии плода и при которых сомнительно получение живого и здорового ребенка, если родоразрешение будет производиться влагалищным путем.

С учетом сделанных замечаний к абсолютным показаниям следует отнести:

I. Патологию, исключающую возможность разрешения через влагалище:

1) сужение таза III и IV степени, когда истинная конъюгата равна 7,5 см и меньше;

2) таз с резко выраженными остеомалятическими изменениями;

3) таз резко уменьшенных размеров и измененной формы вследствие переломов и других причин (кососмещенный, поперечносуженный, ассимиляционный, спондилолистетический и др.);

4) камни мочевого пузыря, блокирующие малый таз;

5) опухоли костей таза, шейечные миомы, опухоли яичников, труб, связок, тазовой клетчатки, лимфатических узлов, опухоли мочевого пузыря, блокирующие родовые пути;

6) рубцовые сужения шейки матки и влагалища.

II. Патологию, при которой кесарево сечение является операцией выбора:

1) рак шейки матки, влагалища, вульвы, мочевого пузыря, прямой кишки;

2) мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящем;

3) рубец на матке после корпорального кесарева сечения или зашитого разрыва матки с осложненным послеоперационным течением и признаками неполноценности рубца;

4) резко выраженные варикозные расширения вен шейки матки, влагалища и вульвы;

5) полное предлежание плаценты. Частичное предлежание плаценты при угрожающем кровотечении и неподготовленных родовых путях;

6) преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты типа маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера), а также при угрожающем кровотечении и неподготовленных родовых путях;

7) состояние агонии или смерть матери при живом и жизнеспособном плоде.

При наличии абсолютных показаний кесарево сечение производят не позднее начала родов, а иногда и во время беременности.

К относительным показаниям следует отнести:

I. Акушерские ситуации, имеющие в основе механическую дистонию в родах:

1) клинически узкий таз при нормальных размерах таза или I и II степени его сужения;

2) опухоли таза, переломы, смещения с нерезко уменьшенными размерами, врожденный вывих бедра, анкило-

зы тазобедренного сустава и т. п., обуславливающие функциональное несоответствие между головкой плода и тазом матери и другие затруднения в родовом акте;

3) неблагоприятные предлежания и вставления головки — лобное, лицевое (подбородком кзади), заднетеменное, высокое прямое стояние головки;

4) выпадение ручки при головном предлежании, нарушившее механизм родов и создавшее препятствие для родоразрешения;

5) поперечные и косые положения плода;

6) угрожающий разрыв матки;

7) угрозу образования мочеполювого или кишечного свища;

8) рубец на матке после кесарева сечения (корпорального или перешеечного), зашитого разрыва, миомэктомии с благоприятным заживлением при наличии дополнительных акушерских осложнений (относительные степени сужения таза, разгибательные предлежания и др.).

II. Кровотечения:

1) неполное предлежание плаценты при наличии других отягощающих моментов, создающих в совокупности угрозу мертворождения;

2) преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты в сочетании с другой акушерской патологией, при которой можно ожидать мертворождения.

III. Заболевания матери:

1) нефропатия и преэклампсия, не поддающиеся консервативной терапии;

2) некоторые случаи сахарного диабета, декомпенсированные пороки сердца и др.

IV. Комплексированные (сочетанные) показания:

1) слабость родовой деятельности;

2) дистоция шейки матки;

3) переносенная беременность;

4) роды у пожилых первородящих;

5) угрожающая внутриутробная асфиксия плода;

6) резус-конфликт между матерью и плодом при сочетании с акушерской патологией;

7) мертворождаемость или привычные выкидыши в анамнезе;

8) длительно леченное бесплодие в анамнезе;

9) тазовые предлежания, сопровождающиеся другими осложнениями;

10) выпадение пуповины;

11) крупный плод.

V. Редкие показания:

1) пороки развития матки и влагалища;

2) острый живот (перекрут беременной матки, аппендицит, перитонит и др.);

3) экстрагенитальные заболевания, требующие быстрого родоразрешения при неподготовленных родовых путях.

На первый взгляд предложенная классификация способствует расширению показаний к кесареву сечению. За последние годы в отечественной литературе не раз появлялись предостережения в отношении недопустимости расширения показаний к абдоминальному родоразрешению (К. Н. Жмакин и др.).

Необходимо отметить, что вошедшие как в одну, так и вторую группу осложнения беременности и родов как показания к кесареву сечению уже существуют в практическом акушерстве. Это было видно из разбора каждого показания в отдельности и той частоты, с которой оно встречается.

Естественно расширение показаний к абдоминальному родоразрешению должно неминуемо сказаться и на частоте этой операции как метода родоразрешения. В главе о частоте кесаревых сечений нами установлено на большом количестве наблюдений, что в настоящее время она равна в среднем 2%.

Увеличение частоты кесарева сечения имеет место только по отдельным родовспомогательным учреждениям и городам, а не как искусственная тенденция в акушерстве.

Анализ современных показаний к кесареву сечению дает основание сделать вывод, что речь идет не о расширении показаний к этой операции, а об изменении удельного веса отдельных показаний.

Несколько десятилетий назад удельный вес некоторых показаний к хирургическому родоразрешению был другим. Если сопоставить наши данные с такими же отдельных авторов, то разница в частоте основных показаний к абдоминальному родоразрешению будет достаточно заметна (табл. 6).

Таблица 6

Автор	Период, годы	Показания к кесареву сечению (в %)					
		узкий таз	кровотечение	токсикоз	неправильное положение и предлежание	со стороны плода	другие
Wimhöfer, Bach	1935—1944	56,8	18,7	9,1	—	—	15,4
Puder	1931—1946	42,6	15,5	9,7	—	0,4	31,8
Schaefer, Carpenter	1937—1941	45,1	11,0	10,9	—	—	33,0
Сводные зарубежные данные:							
(без США)	1943—1956	31,89	9,3	9,0	4,38	16,85	15,5
по СССР	1943—1956	36,8	24,87	4,6	10,39	7,81	15,5
на нашем материале	1951—1961	30,26	27,93	18,9	14,46	11,99	13,5

Поскольку абдоминальное родоразрешение в настоящее время при правильном его выполнении представляет минимальную опасность для матери, то роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности значительно повысилась.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ И УСЛОВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Вопрос о противопоказаниях к абдоминальному родоразрешению излагается в литературе недостаточно конкретно. Основным противопоказанием к операции кесарева сечения считают развитие инфекции любой локализации (кроме туберкулеза) и особенно родовой, генитальной. Г. А. Бакшт не рекомендует производить абдоминальное родоразрешение даже в подозрительных на инфекцию случаях, в безводном периоде, при повторных влагалищных исследованиях.

Другим противопоказанием Г. А. Бакшт и Я. Н. Полонский считают эклампсию. Наконец, Я. Н. Полонский рекомендует еще оценивать состояние плода: внутриутробная смерть, глубокая его недоношенность, а также предварительные попытки к влагалищному родоразрешению (наложение щипцов, поворот плода на ножку, эмбриотомия) служат противопоказаниями к применению кесарева сечения.

В литературе отсутствуют также четкие указания об условиях, необходимых для хирургического родоразрешения. При этом некоторые моменты отдельные авторы относят то к условиям, то к противопоказаниям к кесареву сечению.

М. С. Малиновский важнейшим условием для производства кесарева сечения считает отсутствие инфекции в родах (наличие плодного пузыря или недавнее отхождение вод, отсутствие влагалищных исследований, а также отсутствие клинически выраженных признаков родовой инфекции). Правда, М. С. Малиновский в последнем издании руководства по оперативному акушерству указывает, что при применении антибиотиков эти условия не имеют столь решающего значения. Следующим необходимым условием для производства кесарева сечения Г. М. Фейертаг, А. Ю. Лурье и другие авторы считают наличие живого плода. М. С. Малиновский, кроме аку-

шерских условий, выделяет и хирургические: наличие специалиста и согласие матери.

Мы полагаем, что в настоящее время противопоказания к хирургическому родоразрешению можно сформулировать следующим образом.

Первым противопоказанием должно являться неблагоприятное состояние плода: внутриутробная смерть, глубокая недоношенность, уродства, длительно существующая угрожающая или начавшаяся внутриутробная асфиксия плода, при которой нельзя исключить возможность мертворождения или ранней детской смертности. В связи с этим также нецелесообразно производить кесарево сечение, если были предварительные попытки к влагалищному оперативному родоразрешению (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, поворот плода на ножку, эмбриотомия).

Поскольку в настоящее время кесарево сечение очень часто производят по относительным показаниям с целью предотвращения перинатальной смертности, то состояние плода перед этой операцией должно быть тщательно выяснено.

Следующим противопоказанием к производству кесарева сечения остается развитие инфекции в родах. Однако в современных условиях это противопоказание уже не может считаться ведущим. Тем не менее следует осторожно подходить к выбору метода родоразрешения, когда у роженицы имеется манифестантная родовая инфекция (гнойные выделения из родовых путей, выраженная температурная реакция и изменения со стороны крови), а также если предполагается производство не перешеечного, а корпорального кесарева сечения, ибо после него чаще следует ожидать возникновение генерализованной инфекции (перитонит, сепсис).

Наконец, третьим противопоказанием к абдоминальному родоразрешению должна являться эклампсия. Высшая степень токсикоза неблагоприятно отражается на состоянии плода, а производство кесарева сечения с целью спасения матери не оправдано из-за имеющихся у нее выраженных дегенеративных изменений во внутренних органах, которые нередко имеют необратимый характер.

При определении противопоказаний к кесареву сечению надо помнить, что они имеют значение только тогда,

когда абдоминальное родоразрешение производится по относительным показаниям. В части случаев эти противопоказания следует учитывать и при наличии абсолютных показаний (если родоразрешение путем кесарева сечения явилось методом выбора).

При витальных показаниях к кесареву сечению со стороны матери наличие противопоказаний, конечно, теряет значение.

Например, при центральном предлежании плаценты внутриутробная смерть плода или эклампсия не могут препятствовать производству этой операции.

Одним из основных условий для производства операции кесарева сечения следует считать наличие живого и жизнеспособного плода. Это условие, естественно, относится к тем случаям, когда абдоминальное родоразрешение производится по относительным показаниям.

Другое важнейшее условие заключается в определении оптимального периода времени, когда хирургическое родоразрешение не будет слишком поспешным или, наоборот, запоздалым вмешательством. В первую очередь это требование имеет отношение к плоду. В главе о перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных приводится немало примеров, показывающих как промедление с производством кесарева сечения отражается на исходе этой операции для плода.

Соблюдение этого условия необходимо также с целью благоприятного исхода кесарева сечения для матери. Необходимым условием является наличие специалиста, причем опытного.

К производству кесарева сечения надо относиться как к серьезной операции, требующей понимания и идеального выполнения всех ее этапов, что доступно только квалифицированному акушеру-гинекологу. Кесарево сечение нельзя сравнивать с типичными гинекологическими операциями. Во многих случаях оно является искусственным вмешательством в родовой акт во избежание мертворождаемости. Поэтому операция кесарева сечения должна быть произведена *lege artis*, чтобы причинить возможно меньший вред матери.

Наконец, для кесарева сечения необходимо согласие матери на операцию, что должно быть отражено в истории родов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОИЗВОДСТВА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

С тех пор как разрез матки при абдоминальном родоразрешении был перенесен с ее тела на нижний сегмент, различные модификации перешеечного кесарева сечения стали быстрыми темпами вытеснять классическое.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки быстро завоевало признание таких крупных акушеров нашей страны, как Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, В. С. Груздев и др. Г. А. Бакшт в своей монографии об абдоминальном родоразрешении (1934) подытожил многочисленные литературные и собственные данные, касающиеся различных аспектов этого метода родоразрешения, и подчеркнул ряд несомненных преимуществ для матери, которое дает производство кесарева сечения в нижнем маточном сегменте по сравнению с корпоральным. Последующий опыт родовспомогательных учреждений как в нашей стране, так и за рубежом все больше подтверждает это положение.

Однако несмотря на это, в 1954 г. Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова, основываясь на анализе результатов 186 операций корпорального кесарева сечения, выступили с утверждением, что отрицательное отношение к классическому кесареву сечению якобы недостаточно обосновано. Работа этих авторов вызвала оживленную полемику в периодической печати. М. М. Гинзбург, Л. С. Персианинов, Я. Н. Полонский и Н. В. Ильина, П. А. Белошапко, Л. В. Юрьева, А. М. Туганова и др. подвергли резкой критике и осудили пропаганду корпорального кесарева сечения как операции, имеющей значительные недостатки по сравнению с кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте. Тем не менее ближайшее рассмотрение этого вопроса показывает еще большую распространенность корпорального кесарева сечения, а отдельные авторы признают за этим методом определенные достоинства.

А. В. Ланкович, например, считает, что обычно производимое сравнение двух методов кесарева сечения — корпорального и перешеечного — небызупречно. Классическое кесарево сечение производят менее опытные врачи, что ведет к несовершенству шва на матке, оно выполняется при более тяжелой патологии, и не способ разреза, а сущность самой патологии ведет к ухудшению исхода операции. По мнению В. И. Борохович, разрез тела матки лучше перешеечного: он быстрее и доступнее для выполнения, дает лучшие результаты при инфицированных родах, ибо брюшина более резистентна к инфекции, чем клетчатка. Сторонником корпорального кесарева сечения является А. А. Коган, который, в частности, утверждает, что разрывы матки по рубцу зависят не от места вскрытия полости матки, а от способа зашивания разреза на матке: двухэтажный шов при корпоральном кесаревом сечении дает вполне благоприятные результаты. Если рассмотреть опубликованные данные о том, какой метод абдоминального родоразрешения употребляется в родовспомогательных учреждениях, то получается следующая картина.

На основании сборной статистики в США после 1950 г. кесарево сечение в нижнем маточном сегменте было сделано у 74,2% женщин, подвергавшихся абдоминальному родоразрешению. В Англии процент этой операции составляет 71,1, в ГДР и ФРГ — 99,5. В нашей стране кесарево сечение в нижнем сегменте матки производится реже. Так, по сводным данным (после 1956 г.) 30 отечественных авторов, у 50,4% женщин было произведено корпоральное кесарево сечение и у 49,6% в нижнем маточном сегменте. Если исключить из этой суммарной статистике данные Москвы и Ленинграда, то по остальным городам удельный вес кесарева сечения в нижнем сегменте матки составит только 36,8%. Полагая, что эти результаты недостаточно точно отражают частоту различных методик кесарева сечения в нашей стране, поскольку они относятся к периоду до 1958 г., мы запросили у руководителей акушерских клиник и главных врачей родильных домов областных центров сведения о применении различных методик кесарева сечения за 1960—1961 гг.

Оказалось, что в клинических учреждениях кесарево сечение в нижнем маточном сегменте применялось у

44,3% женщин, а в родильных домах у 71,5% по-прежнему производили корпоральное кесарево сечение. Если же учесть родильные дома или родильные отделения больниц менее крупных городов и сельской местности, то удельный вес корпорального кесарева сечения еще более возрастет. Эти показатели в основном соответствуют и нашим данным. Из 1160 оперированных корпоральное кесарево сечение было произведено у 70,1% женщин, в нижнем сегменте матки — у 29,9%. У большинства женщин (286 из 346) перешеечное кесарево сечение было выполнено с поперечным разрезом нижнего сегмента матки, у 50 — с продольным разрезом и у 10 поперечный разрез нижнего сегмента дополнен продольным разрезом матки (Т-образный разрез). Перешеечные кесаревы сечения были в основном выполнены в родовспомогательных учреждениях, являющихся базами акушерских клиник. Возникает вопрос, какие причины обуславливают столь большую распространенность корпорального кесарева сечения?

Мы уже приводили мнение некоторых акушеров, которые считают корпоральное кесарево сечение достаточно приемлемым методом операции. Единственным преимуществом его можно считать быстроту и легкость выполнения. Однако ближайшие и отдаленные результаты этой операции для матери значительно хуже, чем при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте.

Прежде всего необходимо отметить, что материнская летальность при корпоральном кесаревом сечении значительно выше, чем при перешеечном. Marschall, анализируя результаты хирургического родоразрешения по материалам 16 клиник Англии за 1943—1947 гг., показал, что на 5851 кесарево сечение в нижнем маточном сегменте материнская летальность была равна 0,6%, а на 1734 корпоральных — 2,19% ($t > 2$). Эта разница объясняется не тем, что корпоральное кесарево сечение, возможно, применялось при более тяжелой патологии. Так, в группе узких тазов, явившихся показанием к абдоминальному родоразрешению, в случаях производства кесарева сечения до родов материнская летальность составляла 0,13% при перешеечном и 0,35% при корпоральном кесаревом сечении. При производстве операции во время родов эти показатели соответственно равнялись 0,89 и 3,4%. При предлежании плаценты на 399 произве-

денных кесаревых сечений в нижнем маточном сегменте материнская летальность была равна 0,25%, а на 343 корпоральных — 2,04% ($t > 2$).

По данным Т. М. Гуровской, материнская летальность после корпорального кесарева сечения была равна 2,2%, а после перешеечного — 0,4%. Автор связывает высокую материнскую летальность при корпоральном кесаревом сечении не только с методом операции, но и с особенностями патологии, вынудившей прибегнуть к абдоминальному родоразрешению (дородовые кровотечения и др.), однако единственный смертельный исход от сепсиса имел место после корпорального кесарева сечения. Согласно данным В. П. Маркиной, на 316 операций в нижнем маточном сегменте не было ни одного случая материнской летальности, а частота послеоперационных осложнений была минимальной (11,1%).

По наблюдениям 31 отечественного и иностранного автора (сюда же включены наши данные), на 3133 корпоральных кесарева сечения материнская летальность составила 2,1%, а на 8576 операций в нижнем маточном сегменте — всего 0,75%. Летальность от септических осложнений в этих же группах равнялась 0,5 и 0,08%, а связанная с кровотечением — соответственно 0,38 и 0,1%.

Сравнение течения послеоперационного периода после корпорального и перешеечного кесарева сечения свидетельствует о том, что при первом методе частота послеоперационных осложнений значительно выше.

В табл. 7 и 8 представлены данные о частоте послеоперационных осложнений в различных родовспомогательных учреждениях, где пользуются преимущественно каким-либо одним методом кесарева сечения.

Таким образом, послеоперационные осложнения чаще наблюдались в тех родовспомогательных учреждениях, где производили преимущественно корпоральное кесарево сечение ($t > 2$).

При рассмотрении непосредственных результатов абдоминального родоразрешения нами было установлено, что частота генерализованной инфекции у женщин, перенесших корпоральное кесарево сечение, составляла 2,6%, а перешеечном — 0,8% ($t > 2$). Следует отметить, что после корпорального кесарева сечения генерализованная инфекция наблюдалась в виде тяжелых послеоперационных перитонитов и сепсиса.

Таблица 7

Частота послеоперационных осложнений при преимущественном применении кесарева сечения в нижнем маточном сегменте

Автор	Общее число кесаревых сечений	Частота перешеечного кесарева сечения (в %)	Послеоперационные осложнения	
			число женщин	%
Н. И. Тюрина	570	82,8	311	54,6
В. М. Уткин	257	98,1	93	36,1
З. Е. Варавко	139	84,9	64	46,1
Ю. В. Никитина	128	96,1	26	20,3
Т. М. Гуровская	721	69,0	100	13,9
М. М. Гинзбург				
Л. Н. Николаева	507	91,9	61	12,0
В. П. Маркина	316	100,0	35	11,1
Итого	2 638	—	690	26,1

Таблица 8

Частота послеоперационных осложнений при преимущественном применении корпорального кесарева сечения

Автор	Общее число кесаревых сечений	Частота корпорального кесарева сечения в %	Послеоперационные осложнения	
			число женщин	%
З. Ф. Дробея, К. И. Саватеев	157	77,7	32	20,3
Н. Н. Глебова	279	100,0	140	50,2
С. Г. Исрафилбейли	285	100,0	28	10,0
А. С. Рудакова	206	60,2	75	36,4
В. И. Борохович	124	99,2	4	2,4
А. Н. Егоров	112	80,3	33	30,0
О. В. Кандаки	665	78,4	399	60,0
А. А. Василькова	104	87,3	45	43,2
Л. Е. Гуртовой, В. И. Синова	186	100,0	77	41,6
З. А. Капустина	107	77,0	38	35,0
Итого	2 225	—	870	39,1

Большой практический интерес представляет изучение отдаленных последствий хирургического родоразрешения, производимого различными методами.

О. В. Канделаки отметил, что после корпорального кесарева сечения нарушение менструальной функции наблюдалось у 30,2%, после перешеечного — у 13,2% женщин. Т. М. Гуровская не нашла существенной разницы в частоте гинекологической заболеваемости у женщин, подвергшихся различным методам абдоминального родоразрешения, однако она отмечает, что бесплодие чаще наблюдалось у тех женщин, которые были родоразрешены путем корпорального кесарева сечения. Weed на основании патоморфологического изучения маток, удаленных по поводу гиперменореи у женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, обнаружил в ряде случаев внутренний эндометриоз, причем только у тех женщин, которые подвергались корпоральному кесареву сечению. Возникновение аденомиоза в матке Weed ставит в прямую зависимость от метода операции.

Результаты обследования 265 женщин, проведенного нами с целью выяснения отдаленных результатов кесарева сечения в зависимости от метода перенесенной операции, представлены в табл. 9.

Таблица 9

Отдаленные результаты кесарева сечения в зависимости от метода производства операции

Осложнение	Корпоральное кесарево сечение (168)		Перешеечное кесарево сечение (97)		t
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	
Нарушение менструального цикла	3	1,8	—	—	<2
Боли различного характера	21	12,4	8	8,2	<2
Сращение матки с передней брюшной стенкой	14	8,4	3	3,1	=2
Прочие	11	6,5	4	4,1	<2
Всего	49	29,1	15	15,4	>2

Сравнение отдаленных последствий различных методов абдоминального родоразрешения показывает, что после перешеечного кесарева сечения гинекологическая

заболеваемость встречается реже, чем после корпорального. После корпорального кесарева сечения значительно чаще имеет место сращение матки с передней брюшной стенкой. Кроме того, у одной женщины, перенесшей корпоральное кесарево сечение, возник маточно-брюшностеночный свищ.

У женщин после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте реже наблюдается бесплодие (Я. Н. Полонский, Т. М. Гуровская, Jarvinen и Pystynen, И. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкарева). По нашим данным, из 17 выявленных бесплодных женщин, составляющих 12% общего числа женщин, которые могли иметь беременность, 14 перенесли корпоральное и 3 — перешеечное кесарево сечение.

Метод операции оказывает большое влияние на течение последующих беременностей и родов. По сводным данным отечественных авторов, повторные кесаревы сечения у 42% женщин производятся в связи с несостоятельностью рубца на матке. В подавляющем большинстве случаев, по данным этих авторов, женщины раньше перенесли корпоральное кесарево сечение. По нашим наблюдениям, из 1160 кесаревых сечений 119 были сделаны повторно, из них в 108 случаях предыдущее кесарево сечение было корпоральным. У 68 женщин (57%) повторное кесарево сечение было произведено исключительно по поводу неполноценного рубца на матке. Все эти женщины раньше перенесли корпоральное кесарево сечение.

При повторной операции в большом числе случаев обнаруживается спаечный процесс в брюшной полости, если раньше женщина перенесла корпоральное кесарево сечение. По данным Г. М. Сердюкова, после этого метода хирургического родоразрешения спаечный процесс в брюшной полости встречается в 30—60% случаев. Аналогичные данные приводят А. М. Мажниц и Ю. И. Стальский.

По нашим наблюдениям, из 119 повторно оперированных женщин у 48 был найден значительный спаечный процесс. Во всех 48 случаях женщины раньше перенесли корпоральное кесарево сечение (108 из 119), т. е. частота спаечного процесса составляет 44,4%. У 9 женщин спаечный процесс был настолько обширным, что врачам не удалось произвести стерилизацию. Развитие спаечного

процесса после корпорального кесарева сечения является логическим следствием несовершенной перитонизации маточного разреза при этом методе абдоминального родоразрешения.

Неполноценный рубец на теле матки является нередкой причиной разрывов матки по рубцу во время последующих беременностей и родов. Разрывы матки по рубцу после корпорального кесарева сечения имеют место значительно чаще, чем после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. По сводным данным отечественных авторов, разрывы матки при последующих беременностях и родах встречаются в среднем в 11,2% случаев. Собранная нами статистика, охватывающая 582 случая разрывов матки по рубцу, показала, что в 84,7% случаев эти разрывы возникли после корпорального и только в 14,4% случаев после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. К этому надо добавить, что совершившиеся разрывы матки по рубцу после кесарева сечения в нижнем сегменте протекают менее тяжело, сопровождаются меньшей материнской летальностью и перинатальной смертностью.

Возникновение неполноценного рубца на матке после предшествующего кесарева сечения зависит как от факторов, влияющих на процессы заживления рубца, так и от места его расположения на матке. Проведенные нами морфологические и гистохимические исследования иссеченных маточных рубцов после кесарева сечения показывают, что маточный рубец потенциально всегда неполноценен. Однако рубец, расположенный в области нижнего маточного сегмента, оказывается более прочным в связи с тем, что в процессе родов этот отдел матки испытывает меньшую функциональную нагрузку.

Более обоснованным перешеечное кесарево сечение является и с анатомической точки зрения. Н. П. Лебелев своими исследованиями строения миометрия и сосудов матки доказал анатомическую целесообразность производства разреза матки во время операции кесарева сечения именно в области ее нижнего сегмента. И. Ф. Перфильева на основании морфологических исследований матки пришла к выводу, что продольный разрез тела матки приводит к перерезке значительной части мышечных волокон, которые, как известно, плохо регенерируют. При корпоральном разрезе подвергаются перерезке сосу-

ды и нервы матки, и только при идеально срединном разрезе тела матки, что практически редко достижимо, рубец находится в удовлетворительных условиях питания и иннервации. И. Ф. Перфильева указывает, что лучшим разрезом матки является поперечный разрез в нижнем ее сегменте, поскольку при этом разрезается наименьшее количество мышечных волокон, а горизонтальное расположение сосудов в значительной степени предотвращает их перерезку и улучшает в дальнейшем кровоснабжение формирующегося рубца.

Б. Н. Мошков и О. К. Никончик методом вазографии установили различия в васкуляризации тела матки и нижнего сегмента. Последний наряду с шейкой матки несравненно меньше снабжен сосудами, причем на уровне внутреннего зева располагается малососудистая зона, которая раньше была описана Н. П. Лебедевым. Эти особенности анатомического строения различных отделов матки позволяют осуществить почти бескровное кесарево сечение в нижнем сегменте матки, в то время как при корпоральном кесаревом сечении кровопотеря всегда имеет место, а иногда бывает значительной. Сопоставление краев раны матки при корпоральном кесаревом сечении нередко производится с трудом, поскольку края маточной раны вывертываются в стороны, что требует наложения большого количества швов и их хорошего натяжения. Эти факторы не способствуют хорошему заживлению разреза матки. При корпоральном кесаревом сечении чаще встречается *placenta caesarea*, так как прикрепление плаценты в области нижнего маточного сегмента — несравненно менее частое явление. При перешеечном кесаревом сечении возможность выполнения идеальной перитонизации, несовпадение разрезов матки и брюшной стенки сводят к минимуму частоту спаечных процессов в брюшной полости и сращений тела матки с передней брюшной стенкой. В послеродовом периоде маточная рана в области ее нижнего сегмента находится в лучших условиях заживления, так как этот отдел матки менее подвержен влиянию послеродовых сокращений и инволюционных процессов (К. К. Скробанский). Указанные обстоятельства объясняют то, почему после корпорального кесарева сечения чаще возникают такие грозные осложнения, как перитонит и сепсис. При перешеечном кесаревом сечении воспалительные осложнения

обычно носят местный характер. Все это также дает возможность родоразрешать женщин абдоминальным путем и при инфицированных родах, в то время как производство корпорального кесарева сечения в этих условиях весьма опасно. Еще К. К. Скробанский указывал, что с точки зрения инфекционных осложнений кесарево сечение в нижнем маточном сегменте более безопасно.

Таким образом, корпоральное кесарево сечение обладает только единственным преимуществом — быстротой выполнения, а в остальном уступает кесареву сечению в нижнем маточном сегменте.

Мы рассмотрели лишь наиболее распространенный метод корпорального кесарева сечения — с продольным разрезом передней стенки матки. Остальные способы разреза тела матки имеют только историческое значение, и их никто не применяет.

Необходимо остановиться только на рассмотрении одного метода корпорального кесарева сечения, поскольку в настоящее время он получил некоторое распространение (В. В. Третьяков). Сущность этого метода заключается в следующем. После срединной лапаротомии производят донно-поперечный разрез передней стенки матки, уровень которого варьирует с таким расчетом, чтобы разрез обязательно попал на место прикрепления плаценты. Плацента рождается в рану, и плодное яйцо извлекают целиком. После вскрытия плодных оболочек производят перевязку пуповины. На разрез матки накладывают непрерывный трехэтажный кетгутовый шов. По мнению В. В. Третьякова, этот способ кесарева сечения дает возможность избежать попадания вод в брюшную полость, кровопотери во время операции, возникновения неполноценного рубца. Следует отметить, что этот метод хирургического родоразрешения не снимает отрицательных моментов обычного корпорального кесарева сечения с продольным разрезом тела матки.

Описанный метод принципиально мало отличается от донно-поперечного разреза по Fritsch, который в настоящее время никем не применяется. Извлечение плодного яйца из полости матки целиком и освобождение ребенка только на специальном столике не безопасно в отношении асфиксии и аспирации околоплодных вод.

Из двух модификаций кесарева сечения в нижнем маточном сегменте (с продольным и поперечным разре-

зом стенки матки) наибольшее распространение получила последняя. Продольный разрез страдает рядом недостатков. Прежде всего он не обоснован анатомически: мышечные волокна в нижнем сегменте матки располагаются в косом и циркулярном направлениях. Как указывают И. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкарева, при этом методе редко удается получить настоящий истмический разрез без перехода на тело матки.

И. Л. Брауде, А. М. Агаронов рекомендуют иногда продолжать истмический разрез на тело матки, чтобы облегчить извлечение головки, однако с таким предложением согласиться нельзя, так как при этом возникают многие отрицательные моменты корпорального кесарева сечения. Borso после продольного рассечения нижнего маточного сегмента отмечает значительно большую частоту разрывов матки по рубцу при последующих беременностях и родах, чем после поперечного разреза перешейки, хотя эта частота и меньше, чем после корпорального кесарева сечения.

При продольном разрезе перешейка необходимо очень низко отслаивать мочевой пузырь. Этот разрез часто делают не посередине ввиду поворота матки. Он требует наложения большого количества швов.

Возражение о том, что кесарево сечение в нижнем маточном сегменте невозможно производить во время беременности, так как этот отдел матки наиболее выражен только во время родов (А. В. Ланковиц и др.), лишено достаточных оснований. Нижний маточный сегмент начинает формироваться с III месяца, к концу беременности его высота равна 8 см, а к концу первого периода родов—11 см (Е. С. Акопян). Формирование нижнего сегмента во время беременности и в родах происходит за счет смещения мышечных пластов перешейки, чему способствуют процессы разъединения коллагеновых волокон на тонкие фибриллы с последующим их всасыванием и замещением жидкостью (Wendell-Smith). Е. Д. Тимофеев также указывает, что перешеечное кесарево сечение с поперечным разрезом матки можно делать в любой срок второй половины беременности.

Из других модификаций кесарева сечения в нижнем маточном сегменте А. М. Агаронов, Watters, Olow, Duffee пропагандируют по-прежнему экстраперитонеальное кесарево сечение, которое, по их мнению, дает лучшие

результаты при инфицированных родах. Однако большинство авторов считает, что в современных условиях обычное трансперитонеальное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с поперечным разрезом является достаточно надежным методом при инфицированных родах (Zacherl, Mestwerdt и др.). Кроме того, при экстраперитонеальном кесаревом сечении часты случаи травматизации соседних органов.

Atherton и Williamson из 68 больных, подвергшихся экстраперитонеальному кесареву сечению, у 14 наблюдали проникновение в брюшную полость, у 4 — травму мочевого пузыря, у 4 — травму мочеточника, у одной — отрыв мочевого пузыря от уретры, у 2 — шок от большой кровопотери.

Резюмируя сказанное, следует признать, что наиболее рациональным методом абдоминального родоразрешения является кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с поперечным разрезом перешейка. В настоящее время пользоваться преимущественно этим методом рекомендуют многие отечественные акушеры (Л. С. Персианинов, Г. А. Асатиани, И. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкарева, З. Е. Варавко, В. П. Маркина и др.). Вызывает некоторое недоумение, что в выпущенном руководстве по акушерству и гинекологии в главе о хирургическом родоразрешении еще пропагандируется корпоральное кесарево сечение (А. В. Кашинский).

Полностью ли должно быть исключено из акушерской практики корпоральное кесарево сечение?

На этот вопрос надо ответить отрицательно, так как при некоторых акушерских ситуациях более рационально применять корпоральное кесарево сечение. Решением 4-го пленума Совета по родовспоможению рекомендуется пользоваться этим методом родоразрешения при предлежании плаценты. Однако многие акушеры считают, что опасность кровотечения, которое может возникнуть при производстве кесарева сечения в нижнем сегменте в случае предлежания плаценты, преувеличена и при этой патологии также рекомендуют производить перешеечное кесарево сечение (Г. М. Фейертаг, И. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкарева, П. А. Степанова, В. П. Маркина, Claye, Cosgrove, Davis и др.).

Мы постоянно применяем при предлежании плаценты кесарево сечение в нижнем маточном сегменте и ни разу

не встретились с опасным кровотечением во время операции. Как указывают Г. М. Фейертаг и Davis, кровоточащие сосуды нижнего сегмента матки можно легко лигировать, а механическое раздражение нижнего сегмента является профилактикой атонического кровотечения.

Можно считать, что корпоральное кесарево сечение следует производить у тех женщин, у которых вслед за этой операцией необходимо сделать надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки (по поводу фибромиомы, рака шейки матки). Эта операция показана при выраженных деструктивных изменениях в области нижнего сегмента матки (рубцы после свищей), при шеечной миоме. Корпоральное кесарево сечение также более целесообразно производить, когда требуется очень быстрое родоразрешение в интересах матери или плода при тяжелых родовых кровотечениях, кесаревом сечении на мертвой или умирающей (Г. Г. Гентер, Woodman, Bhoumik).

Повторное кесарево сечение должно производиться в нижнем маточном сегменте. В большинстве случаев оно не представляет трудности. Корпоральное кесарево сечение при повторном абдоминальном родоразрешении приходится делать, если имеется обширный спаечный процесс в области нижнего сегмента или неполноценный рубец после предыдущего корпорального кесарева сечения, который необходимо иссечь. Даже в случае стерилизации при повторном абдоминальном родоразрешении следует пользоваться першеечным кесаревым сечением, так как после корпорального в послеоперационном периоде чаще возникают и более серьезно протекают различные осложнения.

А. В. Ланковиц считает оправданным производство корпорального кесарева сечения при недостаточном опыте врача. С этим положением, несомненно, приходится считаться. Однако нередко речь идет не о недостаточном опыте врача, а об установившихся взглядах, согласно которым корпоральное кесарево сечение считается вполне приемлемым методом родоразрешения. К сожалению, врачи недостаточно учитывают отрицательные последствия корпорального кесарева сечения, а в периодической литературе и монографиях этому важному вопросу все еще отводится недостаточное внимание.

ТЕХНИКА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗРЕЗОМ НИЖНЕГО МАТОЧНОГО СЕГМЕНТА

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОПЕРАЦИИ

Если бы обезболивание при операции кесарева сечения представляло только хирургическую проблему, то этот вопрос можно было решить сравнительно просто, поскольку современные достижения анестезиологии позволяют в настоящее время производить хирургические вмешательства значительно более крупного масштаба. Но при производстве кесарева сечения выбор метода обезболивания является нелегкой задачей. Дело в том, что кроме достижения самого обезболивания, которое позволило бы без затруднений произвести операцию, метод обезболивания и анестетики должны быть безопасными не только для матери, но и для плода. В главе, посвященной материнской летальности при абдоминальном родоразрешении, указано, что метод обезболивания занимает второе место после перитонита в группе причин смертельных исходов, связанных с операцией кесарева сечения.

Следует учитывать, что только небольшая группа женщин, подвергающаяся абдоминальному родоразрешению, может получить необходимую предоперационную подготовку. Но и в этих случаях надо помнить, что те изменения, которые всегда происходят во всех органах и системах во время беременности, могут дать необычную реакцию на обезболивание (повышенная чувствительность печени к эфиру, циркулярные расстройства при спинномозговой анестезии).

Большинство же беременных и рожениц обычно оперируют в экстренном порядке. С одной стороны, это не дает возможности провести необходимую предоперационную подготовку, а с другой — операция производится в таких условиях, когда организм матери уже подвергся неблагоприятному воздействию той патологии, которая

обусловила необходимость абдоминального родоразрешения. Например, при позднем токсикозе относительная недостаточность печени, почек, гипертензивный синдром значительно повышают опасность обезболивания для матери. То же относится и к дородовым кровотечениям, которые обуславливают возникновение кровопотери, коллапса, шока.

Длительное течение родового акта истощает силы роженицы, функцию нервной системы, приводит к обезвоживанию организма, огромной потере тепла. Кроме того, беременные и роженицы могут иметь заболевания внутренних органов и другую патологию, наличие которых еще более усложняет выбор анестезии при кесаревом сечении.

Помимо учета особенностей состояния женщины к моменту абдоминального родоразрешения, необходимо принимать во внимание состояние плода, а также влияние на него различных анестетиков. Плацента не является барьером ни для одного из анестетиков, которые употребляются при общем обезболивании, независимо от метода введения их в организм матери.

Неблагоприятное действие обезболивающих средств на плод в еще большей степени приходится учитывать в тех случаях, когда плод подвергся неблагоприятному воздействию той патологии, которой страдает организм матери. Поздний токсикоз, анемия, коллапс, шоковое состояние, нарушение кровообращения при сердечной патологии, длительные роды, недоношенность, переношенность, нарушение маточно-плацентарного кровообращения и др. обуславливают угрожающую внутриутробную асфиксию плода или высокую степень чувствительности плода к малейшему снижению доставки ему кислорода. Даже при отсутствии всех этих неблагоприятных моментов необходимым условием всякого метода обезболивания является возможность постоянного снабжения матери кислородом в необходимой концентрации. Например, если при ингаляционном наркозе закисью азота или циклопропаном в смеси с кислородом концентрация его будет меньше 15% в первом случае и 30% во втором, дети очень часто рождаются в состоянии выраженной асфиксии (Rosenfeld, Snyder).

Метод обезболивания и применяемые обезболивающие средства не должны угнетать сократительную дея-

тельность матки. Возникновение гипотонии матки во время операции может обусловить профузное маточное кровотечение.

Также нельзя отрицать влияние полученной предшествующей медикаментозной терапии (при токсикозе, родовой слабости и др.) на степень толерантности организма матери и плода к токсическому воздействию обезболивающих средств. Не последнее место в выборе метода обезболивания при производстве кесарева сечения должна занимать забота о психическом состоянии женщины, известном комфорте при получении анестезии и при выходе из него.

Наконец, метод обезболивания, применяемый в акушерской практике, должен быть технически простым, доступным широкой массе врачей. Ввиду того что кесарево сечение чаще всего производится по экстренным показаниям, не всегда для выполнения обезболивания можно привлечь специалиста-анестезиолога или использовать в нужной мере достижения современной анестезиологии.

Для абдоминального родоразрешения применяли самые различные методы обезболивания. Наибольшее распространение получило общее обезболивание — ингаляционный, внутривенный наркоз или их комбинация. Эфир, закись азота и циклопропан — вот те средства, которые наиболее часто употребляют для ингаляционного наркоза, но степень пригодности этих наркотических веществ для обезболивания при кесаревом сечении неодинакова. Наиболее неблагоприятное воздействие на мать и плод оказывает эфир. Эфир дает длительную и выраженную стадию возбуждения, раздражает дыхательные пути, обладает токсическим действием на печень, снижает сократительную деятельность матки, вызывает асфиксию у плода, а в послеоперационном периоде часто дает осложнения со стороны легких (Landi, Kolstad и Schye, Paton, Dgars и др.). Токсическое воздействие эфира на печень особенно опасно у беременных, страдающих поздним токсикозом.

Беск указывает, что у беременных в стадии возбуждения раздражение вегетативных центров может быть причиной рефлекторной остановки сердца, а повышенная секреция, обусловленная ингаляцией эфира, нарушает дыхательную функцию у матери и приводит к развитию гипоксемии, которая, несомненно, отражается на состоя-

нии плода. Dgaps подчеркивает легкость прохождения эфира через плаценту, который у плода затем возбуждает дыхательный центр и вызывает у него преждевременные дыхательные движения. Особенно часто асфиксия отмечается после эфирного наркоза у недоношенных новорожденных, извлеченных абдоминальным путем. Ryglewicz и соавторы, исследуя содержание эфира в крови плодов при этом виде обезболивания, установили, что оно прямо пропорционально содержанию его в крови матери, однако концентрация эфира в крови у недоношенных часто превышает содержание этого наркотика в крови матери.

Из всех видов обезболивания, при которых имела место материнская летальность при кесаревом сечении, наиболее часто смертельные исходы наблюдались при использовании эфирного наркоза. По нашим данным, из 463 смертельных исходов при абдоминальном родоразрешении в 30 случаях причину смерти женщин можно связать с методом обезболивания, из них в 21 случае давался эфирный наркоз. Не говоря уже о даче эфирного наркоза с помощью маски Эсмарха или Омбредана, даже эфирно-кислородный масочный наркоз с замкнутой системой не исключает возможности смертельного исхода. Для иллюстрации сказанного приводим собственное клиническое наблюдение.

Беременная А., 38 лет, поступила в акушерское отделение 3/1 1963 г. Беременность четвертая, роды третьи. В анамнезе 2 нормальных родов и один искусственный аборт. В 1952 г. перенесла операцию Штурмдорфа. Во время настоящей беременности при сроке 8 недель была попытка искусственного прерывания беременности, которая не увенчалась успехом ввиду невозможности расширения канала шейки матки. Последняя менструация 24/III, первое шевеление плода 14/VIII 1962 г. В конце беременности появились повышение артериального давления и отеки на ногах.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное. Артериальное давление 150/90 мм, на ногах отеки, в моче белок отсутствует. 5/1 в 9 часов 20 мин. отошли воды и появилась родовая деятельность. Ввиду отсутствия раскрытия шейки матки при наличии хорошей родовой деятельности и угрозы ее разрыва 5/1 произведено кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечен ребенок весом 4 кг, в хорошем состоянии. Перед операцией введено внутривенно 1 мл 2,5% раствора аминазина с глюкозой, атропин. Наркоз эфирно-кислородный, масочный, в замкнутой системе. В начале наркоза у больной появился цианоз, двукратная рвота с аспирацией

рвотных масс. В послеоперационном периоде развилось нарушение дыхания (резкий кашель, астматическое дыхание, одышка, периодические приступы асфиксии). Общее состояние прогрессивно-ухудшалось. 7/1 произведены двусторонняя ваго-симпатическая блокада и нижняя трахеостомия с отсасыванием из бронхов гнойного содержимого и последующей непрерывной подачей кислорода через трахеотомическое отверстие. 8/1 начато искусственное аппаратное дыхание. 9/1 больная скончалась.

Клинический диагноз: нефропатия, рубцовое сужение шейки матки, состояние после операции кесарева сечения, бронхоспазм с астматическим синдромом, двусторонняя ателектатическая бронхопневмония, развившаяся на фоне тромбозмболии и аспирации, сердечно-легочная недостаточность, гипоксия мозга. Патологоанатомический диагноз: операция кесарева сечения по поводу рубцового сужения шейки матки, аспирация содержимого желудка в дыхательные пути с obturацией левого крупного бронха, левосторонняя сливная и правосторонняя крупноочаговая бронхопневмония, острый эрозивный бронхит, умеренный парез кишечника, очаговый нефроцирроз, глубокие дистрофические изменения в миокарде, печени, почках.

Многие акушеры для ингаляционного наркоза употребляют закись азота в смеси с кислородом. Однако этот вид наркоза имеет ряд недостатков. Закись азота снижает сократительную функцию матки, обуславливает расширение периферических сосудов, а все это может привести к маточному кровотечению. Кроме того, для достижения хирургического наркоза необходима высокая концентрация азота, а это вынуждает снижать содержание кислорода в смеси, что в свою очередь приводит к появлению асфиксии у плода или новорожденного (Landi, Paton, Draps).

За рубежом в акушерской практике широко распространен ингаляционный наркоз циклопропаном в смеси с кислородом. Этот вид наркоза отличается многими преимуществами: быстрое наступление сна, быстрое пробуждение, возможность сохранения высокой концентрации кислорода (до 70%), хорошая релаксация, сохранение сократительной способности матки, отсутствие асфиксии у плода (Paton, O. Jones, Draps, Brown, Afrey). Правда, Potter и Pender утверждают, что чистый циклопропановый наркоз также сопровождается повышенной частотой асфиксии новорожденных. Landi и Draps предупреждают от введения женщине, оперируемой под циклопропановым наркозом, питуитрина и адреналина, так как при сочетании этих веществ может развиться тяжелая сердечная аритмия со смертельным исходом.

Внутривенное введение барбитуратов (тиопентал-натрий, гексенал) и др. с целью достижения общего наркоза является наиболее неблагоприятным для плода методом анестезии при кесаревом сечении. Все авторы, применявшие этот вид обезболивания, отмечают быстрое проникновение барбитуратов в кровь плода. Барбитураты подавляют функцию дыхательного центра плода, и новорожденный часто не поддается оживлению (К. М. Федермессер и Е. А. Лепарский, Dögg, Luft, Aubrée, Bertoletti и Morra и др.). По данным Aubrée и Draps, барбитураты в крови плода определяются уже через 8 минут после введения их матери, причем в концентрации, опасной для плода. Даже небольшие дозы барбитуратов опасны для плода, так как препарат кумулируется в его организме (Aubrée), что связано с еще не полностью сформированной функцией печени (Dögg). Естественно, еще большую опасность барбитураты представляют для недоношенных плодов, при угрожающей внутриутробной асфиксии плода, вызванной любой патологией беременности и родов. Противопоказаны барбитураты при шоковых и коллаптоидных состояниях, поздних токсикозах беременности. Несмотря на несомненное отрицательное влияние барбитуратов на дыхательную функцию новорожденного, Bertoletti, Morra, Coularu и Minet. La Morra и др. все-таки считают возможным применять их для обезболивания при операции кесарева сечения с непременным условием, что ребенок должен быть извлечен не позже 8—10 минут с момента введения барбитурата в кровяное русло матери. Однако это условие практически трудно выполнимо.

Введение в практику анестезиологии релаксантов не могло не отразиться на проблеме обезболивания при хирургическом родоразрешении. Препараты кураре в акушерскую практику были впервые введены в 1942 г. Whitacre и Tischer, которые сообщили об успешных исходах 385 операций кесарева сечения с применением препаратов кураре без отрицательного влияния их на мать и плод. Само по себе применение релаксантов позволило значительно снизить дозы наркотических средств, употребляемых как для вводного (барбитураты), так и для основного ингаляционного наркоза (эфир, закись азота, циклопропан). Преимущества эндотрахеального наркоза с применением релаксантов общеизвестны. Bertheux и

Kolstad и Schye подчеркивают, что применять этот вид обезболивания можно при любом оперативном родоразрешении, независимо от наличия экстрагенитальной патологии у матери. Вопрос о действии кураре и курареподобных препаратов на плод изучен недостаточно. Bergtreux, Hochuli, Reitingер и Abt, Achille, Climie, Lund, Borги и др. на основании клинических наблюдений пришли к выводу, что релаксанты не оказывают отрицательного воздействия на плод, и, следовательно, не проходят через плаценту. Например, Allen и соавторы описали 1011 кесаревых сечений, произведенных под барбитурат-кураре-циклопропановым наркозом без единого случая материнской летальности и послеоперационных осложнений, связанных с наркозом. Автор не отметил отрицательного влияния этого метода наркоза на плод. Однако Bach, отмечая прекрасные результаты интратрахеального наркоза с применением кураре для матери и новорожденных (586 кесаревых сечений), тем не менее наличие у 2 новорожденных асфиксии связывает с воздействием на них кураре. Аналогичные указания можно найти в сообщениях König и Yuong.

Имеющиеся немногочисленные экспериментальные исследования не дали пока конкретных результатов о характере влияния релаксантов на плод.

Dgaps и Reinhold, ссылаясь на опыты Harroun и Fischer, проведенные на собаках, считают, что эти исследования подтвердили клинические наблюдения о непроницаемости кураре через плаценту. Эти авторы кураризовали беременных собак до наступления паралича и поддерживали их жизнь искусственным дыханием. Щенята, извлеченные путем кесарева сечения под местной анестезией, не имели следов кураризации. Young в опытах на морских свинках и крысах также пришел к выводу, что плацента является очень эффективным барьером для курареподобных препаратов. Однако в литературе имеются экспериментальные данные противоположного характера. Beck и Nold путем регистрации движений внутриутробного плода после введения матери релаксантов установили переход препаратов кураре через плацентарный барьер. Наименьшее влияние на плод оказывали релаксанты короткого действия.

Schwartz на основании химических исследований обнаружил присутствие релаксантов в крови плода уже

через 6 минут после введения их матери. Pittinger и Moggis вводили большие дозы препаратов кураре в маточную артерию собак и наблюдали отчетливые признаки кураризации плодов. Небольшие дозы кураре не оказывали заметного действия на плоды.

Несмотря на эти экспериментальные данные, клинические наблюдения с несомненностью свидетельствуют о том, что при кесаревых сечениях, произведенных под интратрахеальным наркозом с применением релаксантов, частота асфиксий новорожденных заметно снизилась по сравнению с обычным ингаляционным или внутривенным наркозом. Противоречие между экспериментальными исследованиями и клиническими данными, по-видимому, следует объяснить тем, что препараты кураре в основной своей массе фиксируются в мионевральных соединениях организма матери и через плаценту переходит ничтожное количество этих препаратов, которое не может влиять существенным образом на плод (Potter и Pender, Orth).

Что касается влияния релаксантов на сократительную способность матки, то все авторы, употреблявшие их при абдоминальном родоразрешении, указывают на отсутствие отрицательного влияния кураре на сократительную функцию матки.

Опыт отечественных акушеров-гинекологов (Л. С. Персианинов и др.) также дает основание считать, что эндотрахеальный наркоз с деполяризирующими мышечными релаксантами (дитилин, листенон, миорелаксин, сукцинилхолин) является прекрасным методом обезболивания при кесаревом сечении, и в тех случаях, когда нецелесообразно применение местной анестезии, его следует использовать наиболее широко.

В клинике, руководимой Л. С. Персианиновым, применяется следующая методика эндотрахеального наркоза при кесаревом сечении. За 15—20 минут до операции внутривенно вводят 0,5 мг атропина для достижения вагolitического эффекта. На операционном столе сразу же приступают к внутривенному вливанию 5% раствора глюкозы. Вводный наркоз осуществляют введением 1% раствора тиопентал-натрия (не более 250 мг). Листенон или миорелаксин дают фракционно на протяжении всей операции: для интубации 80—100 мг, до родоразрешения используется не более 400 мг. За 4—5 минут до родораз-

решения введение релаксантов прекращают. Для наркоза используют смесь закиси азота с кислородом в соотношении 3:1 или 4:1. За 1—2 минуты до извлечения ребенка проводят матери ингаляцию чистым кислородом с целью удаления закиси азота из крови плода и создания для него необходимого резерва кислорода.

Другим видом обезболивания при абдоминальном родоразрешении, которое достаточно широко распространено, является спинномозговая анестезия. Davis, Patton, Kral, Reed, Lüttge считают этот метод обезболивания одним из лучших для кесарева сечения: достигаются прекрасные оперативные условия, вред обезболивания для плода минимальный, отсутствует возможность атонии матки, в послеоперационном периоде у больных отсутствует метеоризм и т. д. De Carle на основании 1236 кесаревых сечений, сделанных под спинномозговой анестезией без материнской летальности, считает этот вид обезболивания лучшим при хирургическом родоразрешении.

Однако спинномозговую анестезию нельзя считать безопасным методом. В литературе известны довольно частые случаи смертельных исходов при этом виде обезболивания. Особенно чувствительны к спинномозговой анестезии оказались беременные и роженицы.

Bottella-Llussia на 198 кесаревых сечений, проведенных под спинномозговой анестезией, имел один смертельный исход.

Beck и Herth сообщили об одном смертельном исходе на 58 операций, Fobe¹ — о 6 случаях гибели матерей на 738 операций. Alessandrescu и Dumitrescu проанализировали результаты спинномозговой анестезии при кесаревых сечениях у 10 722 женщин: 31 больная погибла от остановки сердечной деятельности и дыхания, у 38 остановка дыхания соответствующими мероприятиями была ликвидирована. В послеоперационном периоде 30% женщин жаловались на головные боли, не снимавшиеся терапией, у 5% женщин были боли в позвоночнике с явлениями раздражения мозговых оболочек.

Основная причина этих летальных исходов — циркуляторные расстройства и нарушение дыхания, но патогенез их не совсем ясен. Известно, что спинномозговая

¹ Цит. по Draps.

анестезия резко снижает артериальное давление у оперируемых больных, вплоть до развития сосудистого коллапса.

По данным Potter и Pender, нарушение кровообращения типа коллапса при спинномозговой анестезии во время кесарева сечения имеет место у 7,7% женщин. При затяжных родах опасность циркуляторного коллапса увеличивается (O. Jones).

Повышенную чувствительность беременных к спинномозговой анестезии Jaschke объясняет имеющейся у них липоидемией, Döderlein — особой чувствительностью ганглиозных клеток вследствие изменений липоидов головного и спинного мозга.

Potter и Pender возникновение сосудистого коллапса связывают с повышенной нервной лабильностью беременных и скоплением крови в мезентериальных сосудах. Draps и Reitingер и Abt механизм циркуляторных расстройств усматривают в расширении сосудов брюшной полости и развитием бульбарной ишемии с последующим нарушением деятельности сердечных и дыхательных центров. Повышенная чувствительность беременных к этому виду обезболивания объясняется ими усиленным движением жидкости в субарахноидальном пространстве, вызванным сокращениями матки, которые приводят к повышению давления в венах между костной стенкой спинномозгового канала и твердой мозговой оболочкой. Эти колебания давления происходят в разное время и на различном уровне, вызывают поочередное давление на твердую мозговую оболочку, что приводит к усиленной циркуляции спинномозговой жидкости и большому распространению вводимого анестетика. Holmes, Моуа и Smith считают, что дополнительным фактором, вызывающим легкую неблагоприятную сосудистую реакцию на спинномозговую анестезию у беременных, является давление матки на нижнюю полую вену, которое приводит к венозной гипертензии в нижней половине туловища и недостаточному притоку крови к сердцу.

Нарушение дыхания у беременных, как и у других больных, при спинномозговой анестезии связано с блокадой иннервации межреберных мышц и диафрагмы за счет большого распространения анестетика по спинномозговому каналу. Беременные в этом отношении находятся в худших условиях, так как у них возможность

такого распространения более выражена в связи с более усиленным движением спинномозговой жидкости.

Другим отрицательным моментом спинномозговой анестезии при кесаревом сечении является возможность повышенной сократительной функции матки вплоть до развития тетануса (O. Jones, Dusa и Cossuta).

По нашим данным, из 30 женщин, погибших вследствие осложнений, связанных с обезболиванием при кесаревом сечении, у 6 применялась спинномозговая анестезия, а у 2 спинномозговая анестезия сочеталась с дачей эфира.

Таким образом, опасность спинномозговой анестезии для беременных несомненна. Необходимо особенно подчеркнуть, что спинномозговая анестезия противопоказана беременным и роженицам с максимальным артериальным давлением ниже 110 мм рт. ст., повышенной кровопотерей, потерей жидкости (например, рвота), при наличии затяжного родового акта, перерастяжении матки (двойня, гидрамнион). Поскольку при спинномозговой анестезии не наблюдается отрицательного воздействия анестетика на плод, сторонники данного метода обезбоживания особенно рекомендуют эту анестезию при наличии токсикоза у матери, недоношенности, переношенности, существующих или перенесенных расстройствах кровообращения у плода (асфиксия), серологических конфликтах, затяжных родах и др. (Miecznikowski и Miecznikowska). Однако надо учитывать, что спинномозговая анестезия не является абсолютно безопасной для плода. Возникающая гипотония, если она достигает значительной степени, может привести к резкому снижению давления в сосудах матки и недостаточности маточно-плацентарного кровообращения с последующей асфиксией плода (Draps).

Кроме спинномозговой анестезии, некоторые авторы применяли при кесаревом сечении эпидуральную анестезию (Ansbro et al.), перидуральную (Rimbach, Ebblі, Bertoletti и Mogga), сакральную (А. Г. Гурьянова), каудальную (Verch et al.). Но эти виды анестезии не получили широкого распространения.

Местная анестезия по Вишневскому при абдоминальном родоразрешении широко применяется только в нашей стране. Бесспорное преимущество этого вида обезбоживания заключается в его полной безвредности для

матери и плода. Местная анестезия не оказывает отрицательного влияния на сократительную способность матки.

Правильно выполненная местная анестезия создает также хорошую релаксацию мышц передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекает почти без тошноты, рвоты, дизурических явлений, паретического состояния кишечника. Благодаря этим преимуществам местная анестезия при операции кесарева сечения завоевала признание среди отечественных и многих зарубежных акушеров (А. М. Ольшанецкий, Л. С. Персианинов, В. А. Покровский, Б. С. Пойзнер, В. П. Михайлов и А. А. Терехова, А. И. Петченко, Greenhill, Mac Key, Trevoix и др.). Ruppert изучил влияние метода обезболивания на перинатальную смертность у 1000 оперированных женщин и установил, что при наркозе перинатальная смертность была равна 5,9%, а при местной и перидуральной анестезии — 2,4%. Это снижение, по мнению автора, связано с отсутствием при местной и перидуральной анестезии потери детей от асфиксии.

Незначительная распространенность местной анестезии при операции кесарева сечения за рубежом связана с тем, что она якобы требует напряжения и терпения от оператора и, кроме того, трудно добиться полного обезболивания, особенно при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте (Draps, Mac Key, O. Jones). Поэтому некоторые акушеры советуют в момент разреза матки добавлять еще какое-либо обезболивание, например внутривенное введение барбитуратов (Mac Key). Но эти возражения нельзя признать обоснованными.

Правильно выполненная местная анестезия дает прекрасный обезболивающий эффект и при достаточном навыке выполняется сравнительно быстро (Л. С. Персианинов). Мы при выполнении операции кесарева сечения всегда пользуемся местной анестезией и можем также подтвердить, что аккуратно выполненная техника обезболивания совершенно исключает наличие всех отрицательных моментов, на которые можно сослаться при характеристике этого метода анестезии.

По нашим данным, из 1160 операций кесарева сечения местная анестезия была применена у 59%, а местная анестезия с добавлением эфирного наркоза — у 1,6% женщин.

Мы не смогли установить различий в перинатальной смертности в зависимости от методов обезболивания (перинатальная смертность при эфирном наркозе — 7,85%, при местной анестезии — 7,8%). Это, по-видимому, зависит от того, что на величину перинатальной смертности решающее влияние оказала патология матери и плода, а не метод обезболивания.

Однако при анализе частоты асфиксий новорожденных нами было установлено, что общая частота асфиксий при эфирном наркозе равнялась 30,4%, при местной анестезии — 19,5% ($t=4$).

При абдоминальном родоразрешении по поводу предлежания плаценты частота асфиксий при эфирном наркозе равнялась 30,3%, при местной анестезии — 21,2% ($t=3,4$), а в связи с наличием узкого таза — соответственно 40,8 и 13,4% ($t=9$).

Даже с учетом влияния патологии, приведшей к абдоминальному родоразрешению, на возникновение асфиксии у новорожденных такую разницу в частоте асфиксии надо отнести и за счет разных методов обезболивания при операции кесарева сечения.

Как уже было отмечено, в нашей стране при абдоминальном родоразрешении чаще всего применяют эфирный масочный наркоз. На это обстоятельство было обращено внимание еще 4-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР (1952). В решении пленума содержалась рекомендация более широкого использования местной анестезии при операции кесарева сечения. В последнее время в Советском Союзе местная анестезия при кесаревых сечениях стала применяться чаще, чем эфирный наркоз. Об этом свидетельствуют анкетные данные, полученные нами из многих акушерских клиник и родильных домов в 1960—1961 гг. Было установлено, что в клинических учреждениях местная анестезия применялась в 67,7%, эфирный наркоз — в 28% и спинномозговая анестезия — в 2,5% случаев кесарева сечения. В родильных домах эти показатели составили соответственно 55,7, 35,2 и 8,4%.

Однако надо сказать, что несмотря на снижение частоты применения эфирного наркоза при операции кесарева сечения, этот вид обезболивания еще имеет значительный удельный вес. Даже если учесть, что эфирный

наркоз показан при операциях кесарева сечения, производимых по поводу эклампсии, угрожающего разрыва матки и в некоторых других случаях акушерской патологии, то и тогда частота применения местной анестезии должна быть значительно выше.

Заканчивая обзор о методах обезболивания при хирургическом родоразрешении, мы хотим подчеркнуть, что в большинстве случаев вполне достаточно местной анестезии по А. В. Вишневскому. Для определенной группы женщин более обоснованным надо считать применение современного эндотрахеального наркоза. К ним относятся больные с заболеванием сердца и нарушением кровообращения, эклампсией, эпилепсией, угрожающим разрывом матки и некоторые другие беременные и роженицы, которым требуется немедленное и быстрое родоразрешение.

Рациональная техника местной анестезии при абдоминальном родоразрешении излагается вместе с техникой самой операции кесарева сечения.

ТЕХНИКА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗРЕЗОМ НИЖНЕГО МАТОЧНОГО СЕГМЕНТА

Нет нужды останавливаться на всех методиках кесарева сечения. Многие из них в настоящее время имеют лишь историческое значение. Поэтому мы опишем только технику кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего маточного сегмента. Эта методика операции является в настоящее время наиболее рациональной.

Интраперитонеальное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте было разработано Opitz, Krönig, Doerfler и др. Большой вклад в развитие этого метода хирургического родоразрешения внесли К. К. Скробанский, Е. Д. Тимофеев, Л. А. Гусаков, П. В. Занченко, Н. П. Лебедев.

При описании методики кесарева сечения мы считаем необходимым остановиться на некоторых деталях этой операции, значение которых позволяет избежать многих серьезных ошибок.

Объем предоперационной подготовки зависит от срочности операции. В основном она должна сводиться к опорожнению кишечника и по возможности к ограничению

приема пищи (при плановой операции накануне вечером и утром больной дают только сладкий чай). Так как при операции кесарева сечения имеет место почти неизбежное соприкосновение рук хирурга с открытыми плацентарными сосудами, которые являются опасными воротами для внедрения инфекции, то следует подчеркнуть необходимость тщательного соблюдения асептики.

Подготовка операционного поля заключается в трехкратной обработке передней брюшной стенки спиртом, затем двукратно 5% настойкой йода. Перед обработкой передней брюшной стенки женщине на операционном столе необходимо выпустить мочу по катетеру. Неопорожденный хотя бы в небольшой степени мочевой пузырь значительно затруднит производство операции и может обусловить излишнюю его травматизацию. С целью премедикации не рекомендуется введение морфина и промедола, так как они угнетают функцию дыхательного центра у плода. Эти препараты в случае необходимости вводят матери после извлечения ребенка. После обработки брюшной стенки больной вливают внутривенно 1 мл 2,5% раствора аминазина вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы.

Применять аминазин при абдоминальном родоразрешении мы начали с 1960 г. после опубликования этого предложения Л. С. Персианиновым и убедились в большой его целесообразности. Как указывают Л. С. Персианов и Г. П. Умеренков, внутривенное введение 25—50 мг аминазина хорошо переносится беременной, не угнетает сократительной способности матки, не оказывает неблагоприятного влияния на плод и новорожденного. Аминазин усиливает действие местных анестетиков. Клинические и экспериментальные исследования Б. Я. Сенкевич также показали, что аминазин не вредит плоду и новорожденному. Koleta доказал, что введение аминазина (хлорпромазина) матери при наличии признаков угрожающей внутриутробной асфиксии плода снижает число асфиксий у новорожденных. Вместе с аминазином и глюкозой желателен прием аскорбиновой кислоты и витамина В₁ для обеспечения компенсаторных реакций организма оперируемой. На фоне такой премедикации операция кесарева сечения под местной анестезией протекает в спокойной обстановке, поскольку больная все время находится в дремотном состоянии. Не рекомендуется

вводить аминазин больным, у которых артериальное давление ниже 100 мм рт. ст. и если возможна кровопотеря.

Из всех способов разреза брюшной стенки в настоящее время употребляют срединный разрез между лоном и пупком и поперечный разрез по Пфанненштилю. При чревосечении по Пфанненштилю наблюдается меньшая реакция в послеоперационном периоде со стороны брюшины, разрез брюшной стенки более косметичен, больные раньше встают и раньше могут быть выписаны, у них реже наблюдаются послеоперационные грыжи и т. д. Разрезом по Пфанненштилю при абдоминальном родоразрешении широко пользуются А. И. Петченко, В. А. Покровский и др.

Как и большинство акушеров, мы делаем срединный разрез между лоном и пупком. Для анестезии употребляют 0,25 или 0,5% раствор новокаина. Полупроцентный раствор предпочтителен у беременных или рожениц, имеющих отечность передней брюшной стенки. Раствором новокаина инфильтрируют кожу и подкожную клетчатку шириной 3—4 см по средней линии, начиная от пупка и до лобка. При этом обязательно следует инфильтрировать кожу с подкожной клетчаткой кольцеобразно вокруг пупка, а также область лобка до начала складки больших половых губ. Для этого сразу же над лоном делают прокол до апоневроза и 30—40 мл новокаина вводят над апоневрозом посередине и в обе стороны. Если подкожножировая клетчатка чрезмерно выражена, то над апоневрозом вводят раствор новокаина еще посередине и в верхней трети будущего разреза.

После анестезии кожи хирург и ассистент надевают перчатки, область разреза обрабатывают 5% настойкой йода, после чего производят разрез по белой линии живота длиной 14—18 см так, чтобы нижний край разреза начинался обязательно на уровне верхнего края лона. При этом верхний край разреза часто на несколько сантиметров не доходит до пупка. Кожу и подкожную клетчатку рассекают до апоневроза. Производят гемостаз. Затем раствор новокаина вводят во влагалище прямых мышц живота. Для этого, отступя на 2 см от средней линии в одну и другую сторону, из трех точек под апоневроз вводят раствор новокаина так, чтобы игла под углом проколола только апоневроз и не погрузилась в толщу мышцы. В каждую сторону под напором вводят 60 мл

раствора новокаина и затем 20 мл новокаина под апоневроз в нижнем углу раны сразу же у места его прикрепления к лонной кости. При такой методике раствор новокаина распространяется по поверхности прямых мышц живота на всем их протяжении, в том числе и на их заднюю поверхность. Этим достигается полная блокада всех подходящих к мышцам нервных стволов, что способствует релаксации мышц, а также происходит обезболивание париетальной брюшины, которую можно вскрывать по средней линии без дополнительного обезболивания. При вскрытии апоневроза необходимо следить за тем, чтобы он в нижней части был разрезан до места прикрепления его к симфизу.

Прямые мышцы живота раздвигают тупым путем, а пирамидальные мышцы в нижнем углу раны острым путем, опять-таки до места их прикрепления к лонной кости. Париетальную брюшину вскрывают на всем протяжении разреза, в нижней части — до верхнего края стенки дна мочевого пузыря.

Следующие этапы анестезии и операции необходимо проводить особенно аккуратно, избегая всех ненужных движений, которые имеют место при оперировании под наркозом.

Со стороны брюшной полости под париетальную брюшину у верхнего края брюшной раны вводят несколько миллилитров раствора новокаина, затем под верхний угол раны подводят крючок и брюшную стенку приподнимают кверху. Этим приемом облегчается дальнейшее проведение анестезии. Париетальную брюшину анестезируют сначала кольцеобразно вокруг пупка, а затем полосой 3—4 см шириной, начиная от области пупка вниз до внутреннего отверстия пахового канала, отступая от края раны не менее чем на 8—10 см. При каждом уколе под брюшину достаточно вводить 5 мл раствора новокаина, следя за тем, чтобы соблюдалась непрерывность инфильтрации и прокалывалась только брюшина. Крючок-подъемник неотступно следует за иглой, приподнимая брюшную стенку и создавая хорошую видимость. Внутреннее отверстие пахового канала хорошо различимо по месту вхождения в него круглой связки матки.

Мы давно убедились, что анестезия париетальной брюшины у самого края брюшной раны не достигает своей цели: введение ранорасширителей и салфеток, отго-

раживающих брюшную полость, почти всегда в таких случаях раздражает необезболенные участки брюшины со всеми вытекающими отсюда последствиями. Для анестезии брюшины обычно достаточно 120—150 мл раствора новокаина.

Дальнейшая анестезия заключается в следующем: в область внутреннего отверстия пахового канала каждой стороны вводят по 10 мл раствора новокаина, затем примерно посредине инфильтруют круглые связки и 60—80 мм раствора вводят под пузырно-маточную складку от одной круглой связки до другой, стараясь поглубже ввести раствор новокаина в пространство между мочевым пузырем и перешейком матки. Не представляет труда ввести по 10 мл раствора в воронкотазовую связку каждой стороны, приподняв для этого вверх брюшную стенку. Не следует забывать инфильтровать раствором новокаина брюшину, покрывающую мочевой пузырь у нижнего края брюшной раны. После анестезии вводят ранорасширители с надлобковым зеркалом, брюшную полость отгораживают салфетками. Пузырно-маточную складку в месте ее наибольшей подвижности вскрывают ножницами посредине, сложенными браншами ножниц в каждую сторону под брюшиной делают ход и пузырно-маточную складку рассекают в поперечном направлении, почти вплотную доходя до круглых связок. Мочевой пузырь тупым путем отделяют от нижнего сегмента матки, что достигается совершенно легко и без кровотечения. Всякие затруднения с отделением мочевого пузыря указывают на то, что оператор манипулирует не в том слое. После иммобилизации мочевого пузыря дополнительно вводят два шприца раствора новокаина по всей ширине в пространство между мочевым пузырем и нижним сегментом матки. На край пузырно-маточной складки, прилегающей к мочевому пузырю, накладывают 2—3 провизорных кетгутовых шва, которые захватывают зажимами и прячут под надлобковое зеркало вместе с оттянутым таким образом кпереди мочевым пузырем.

Перед вскрытием матки акушерка должна быть полностью готова к приему ребенка. Также должны быть наготове зажимы для пуповины, акушерские щипцы, шприц с 1 мл питуитрина или окситоцина, вскрытый флакон эфира и все средства, необходимые для возможного оживления новорожденного.

Для определения уровня разреза нижнего сегмента матки, который может варьировать в зависимости от местонахождения головки, т. е. от степени прогресса родов, через стенку нижнего сегмента матки прощупывают правой рукой головку плода и определяют на каком уровне находится наибольшая ее периферия (ее диаметр, идущий в поперечном направлении нижнего сегмента). Строго на этом уровне делают скальпелем небольшой поперечный разрез вплоть до вскрытия плодного пузыря. Затем в разрез вставляют указательные пальцы обеих рук и отверстие в нижнем сегменте раздвигают в стороны до тех пор, пока пальцами удастся достичь крайних точек периферии головки. Таким образом, ширина разреза матки будет соответствовать наибольшему диаметру головки. Затем левую руку вводят в полость матки так, чтобы ее тыльная поверхность была обращена к лону и крестцовой впадине, а ладонная поверхность прилегала к головке плода. Головку поворачивают затылком или лицом кпереди и производят ее разгибание или сгибание, благодаря чему головка выкатывается из матки. Затем головку захватывают обеими руками (не сдавливать шею!) и тракциями постепенно и поочередно извлекают одно и другое плечо и, наконец все туловище. Если имеется тазовое предлежание, то ребенка извлекают за переднюю ножку. При наличии поперечного положения плода рукой, введенной в полость матки, отыскивают переднюю ножку, затем производят поворот плода и последующее его извлечение. Головку через отверстие в матке выводят приемом, который идентичен приему Мориссо—Левре. Пуповину рассекают между зажимами и новорожденного передают акушерке.

В стенку матки вводят 1 мл питуитрина или окситоцина, потягиванием за пуповину качательными движениями удаляют послед, стенки матки проверяют большой тупой кюреткой или пальцами руки. Полость матки туго тампонируют одной большой салфеткой, конец которой выводят наружу. Дальнейшие этапы операции направлены на закрытие раневых пространств.

Отыскивают нижний край маточной раны и узловатым кетгутовым швом соединяют строго посредине с верхним краем, зияющее отверстие в нижнем сегменте матки уменьшается и создается симметрия для правильного закрытия маточной раны. С обеих сторон, отступя в лате-

ральном направлении на 1 см от угла маточного разреза, на нетравмированную стенку матки накладывают по 1—2 узловых кетгутовых шва для надежного гемостаза, которые затем используют в качестве держалок, и уже после этого края маточного разреза соединяют узловатыми кетгутовыми швами, начиная от угла раны к ранее наложенному среднему шву. Когда на одну половину маточной раны швы наложены, из полости матки извлекают марлевый тампон, и таким же образом закрывают другую половину маточной раны. При наложении швов надо следить, чтобы не захватить слизистую оболочку матки. Поверх этого этажа накладывают второй этаж мышечно-мышечных узловатых кетгутовых швов, обычно между узловатыми швами первого этажа, следя за тем, чтобы после наложения этих швов первый этаж швов был закрыт.

Из-под надлобкового зеркала извлекают мочевой пузырь, наложенные ранее провизорные швы удаляют и непрерывным кетгутовым швом соединяют края разрезанной пузырно-маточной складки. Таким образом, линия вскрытия нижнего сегмента матки покрывается мочевым пузырем и не совпадает с линией перитонизации. Из брюшной полости удаляют салфетки и брюшную стенку послойно зашивают наглухо. Перед зашиванием брюшной стенки под пузырно-маточную складку на достаточном протяжении (в область разреза матки) вводят антибиотики (200 000—300 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина). После операции повторной катетеризацией выпускают мочу. Всего на операцию для анестезии расходуется 500—600 мл раствора новокаина. Общая продолжительность операции в среднем 50—60 минут. На протяжении операции вплоть до извлечения ребенка женщине непрерывно дают кислород. Как правило, по ходу операции или сразу же после ее окончания производят капельным путем гемотрансфузию в количестве 200—250 мл (в случае отсутствия кровопотери до и во время операции). При наличии кровопотери количество перелитой крови и применяемый метод переливания должны соответствовать общим правилам борьбы с острой анемией и шоком. На некоторых моментах операции и анестезии необходимо остановиться подробнее.

Нагнетание раствора новокаина под апоневроз, не затрагивая прямых мышц живота, обуславливает хоро-

шую их релаксацию. Анестезия кожи и подкожной клетчатки над симфизом и введение новокаина под апоневроз у места его прикрепления в дальнейшем дают возможность безболезненно манипулировать надлобковым зеркалом, которым иногда приходится создавать определенное давление на лонные кости при необходимости более низкого вскрытия нижнего сегмента матки, иногда при извлечении головки плода. Это также позволяет произвести вскрытие брюшной полости как можно ниже: нижний угол операционной раны брюшной стенки заканчивается непосредственно у симфиза, в связи с чем можно более свободно манипулировать на дальнейших этапах операции.

Более эффективна анестезия париетальной брюшины подальше от краев разреза брюшной стенки. При этом создается непрерывный инфильтрат в виде широкой подковы, концы которой уходят во внутренние отверстия паховых каналов, а середина вершины находится несколько выше пупочного кольца. Концы этой подковы соединены между собой непрерывной инфильтрацией раствором новокаина пространства между мочевым пузырем и нижним сегментом матки.

Мы хотим подчеркнуть, что введение раствора новокаина должно производиться не столько под пузырно-маточную складку, сколько в пространство между нижним сегментом матки и мочевым пузырем. Таким образом создается лучшее обезболивание и можно избежать невольного повреждения мочевого пузыря. Дело в том, что при введении раствора новокаина под пузырно-маточную складку можно потерять границу мочевого пузыря и при вскрытии пузырно-маточной складки травмировать его.

Мы считаем целесообразным производить кесарево сечение в нижнем маточном сегменте ретровезикально, т. е. со вскрытием пузырно-маточной складки и отсепаровкой мочевого пузыря. Маточную рану впоследствии покрываем мочевым пузырем и ее уровень не совпадает с линией перитонизации. Такая методика операции способствует хорошему заживлению послеоперационной раны, и при повторных кесаревых сечениях почти не обнаруживают рубцовых изменений в области нижнего сегмента матки и спаечного процесса в брюшной полости. Далее, при этом способе уровень разреза нижнего сег-

мента может варьировать в зависимости от высоты стояния головки по отношению ко входу в таз.

Вскрытие нижнего сегмента точно на уровне наибольшего диаметра головки значительно облегчает выведение головки плода и ее извлечение. Если это обстоятельство не учитывать, то после разреза матки головка плода почти целиком или большей своей частью может оказаться выше или ниже отверстия в матке, что создает большие трудности для ее извлечения, которые могут затем обусловить наличие разрывов матки по продолжению разреза или привести к необходимости Т-образного разреза матки.

Рассечение матки на уровне пузырно-маточной складки, но без отсепаровки мочевого пузыря, рекомендуемое Л. А. Гусаковым и Н. П. Лебедевым, не является совершенным. Таким методом операции можно пользоваться только при производстве кесарева сечения в конце первого или во втором периоде родов, когда нижний сегмент матки наиболее выражен. В конце беременности при таком способе вскрытия матки растягивать пальцами маточный разрез труднее и впоследствии труднее зашивать маточную рану ввиду разной толщины краев разреза (нижний край, относящийся к нижнему сегменту, более тонок, а верхний край, относящийся к телу матки, после его сокращения становится значительно толще). Кроме того, при таком стандартном месте разреза матки нельзя варьировать его уровень в зависимости от высоты стояния предлежащей части плода.

Следует обратить внимание на возможную особенность операции кесарева сечения во втором периоде родов после отхождения вод при наличии признаков перерастяжения нижнего сегмента матки. В этом случае после достаточно низкой отсепаровки мочевого пузыря разрез может попасть на передний свод влагалища и абдоминальное родоразрешение произойдет без нарушения целостности матки, на что в свое время указывал Л. Г. Шалыт.

В литературе нет единого мнения по вопросу о производстве кесарева сечения в нижнем маточном сегменте при предлежании плаценты. В главе о сравнительной оценке корпорального и перешеечного кесарева сечения мы уже говорили о безопасности применения кесарева сечения в нижнем маточном сегменте при этой патологии.

Однако при выполнении операции в этих условиях необходимо учитывать ряд обстоятельств. Если плацента располагается большей своей частью на задней стенке нижнего сегмента матки, то перешеечное кесарево сечение выполняется обычным способом. При расположении плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки хирургу следует остерегаться не маточного кровотечения при вскрытии перешейка и обнаружения *placenta caesarea*, а возможности кровотечения из сосудистого русла плода. Такое кровотечение может возникнуть в случае ранения плаценты, если при этом вскрываются относительно крупные сосуды. Реальная опасность такого осложнения подтверждается исследованиями крови у новорожденных, извлеченных при абдоминальном родоразрешении по поводу предлежания плаценты. Russell из 8 случаев кесарева сечения, в которых была нарушена целостность плаценты, у 2 новорожденных определил снижение гемоглобина и количества эритроцитов. Siddall и West изучали эти показатели у 65 детей и определили у 4 выраженную анемию (во время операции у всех была рассечена плацента), у 3 — умеренную анемию (у двоих также было рассечение плаценты).

Наибольшую опасность эти кровопотери у плодов представляют в тех случаях, если они находились под воздействием токсикоза матери или нарушенного газообмена (Falls). Исходя из этих данных, при выполнении кесарева сечения следует не разрезать или пробуравливать плаценту, а отслаивать ее до плодного пузыря и вскрывать плодный пузырь.

По нашим данным, анемия наблюдалась у 2 новорожденных от матерей, у которых на операции была установлена *placenta caesarea*. Видимо, в этих случаях была нарушена целостность крупного сосуда в плаценте и плоды потеряли определенное количество крови.

Определенные трудности при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки могут появиться при извлечении головки плода. Оперирующий врач после первой неудачной попытки извлечения головки начинает проявлять беспокойство за ребенка, производит беспорядочные и несообразные по силе манипуляции, которые не способствуют быстрому извлечению головки. Обескураженный врач, заведя руку под головку, начинает с силой выталкивать ее вверх. Это давление передается на переднюю

стенку нижнего сегмента матки и обуславливает разрыв ее, чаще всего в боковых частях по продолжению разреза. Надо помнить, что никаких оснований для беспокойства о судьбе ребенка, так же как о судьбе матери, нет. Ведь при разрезе нижнего сегмента матки кровотечение бывает в большинстве случаев незначительным, маточно-плацентарное кровообращение не нарушается и плод находится в тех же условиях газообмена, что и до вскрытия матки, а время, затрачиваемое на извлечение головки, исчисляется 2—3 минутами. Исключение составляют только случаи расположения плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки, когда действительно требуется быстрое извлечение плода, но такие случаи относительно редки.

Нам редко приходилось накладывать щипцы для извлечения головки, и мы убедились, что для этого достаточно правильного выполнения ручных приемов. Главным условием, облегчающим извлечение головки, является правильное нахождение уровня вскрытия нижнего сегмента матки соответственно наибольшему диаметру головки. После поворота головки затылком или лицом кпереди надо произвести сгибание или разгибание головки, как это делается во время оказания пособия в родах при прохождении головки через вульварное кольцо при затылочном или лицевом предлежаниях головки. В тех случаях, когда головка плода плотно фиксирована во входе в таз малым своим сегментом, мы также не имели особых затруднений в извлечении головки, поэтому считаем излишним прибегать к выталкиванию ее вверх пальцами, введенными помощником во влагалище, как рекомендуют некоторые акушеры. При головке, слишком плотно вколоченной во вход в малый таз, можно использовать прием, предложенный Kava и Flushing. После отсепаровки мочевого пузыря ладонную поверхность руки кладут на нижний сегмент матки поверх прощупываемой головки пальцами, обращенными книзу. При нежном сгибании пальцев головка плода постепенно освобождается от таза и перемещается кверху, становясь при этом более подвижной. Затем вскрывают нижний сегмент матки и извлекают головку.

Для отделения и удаления плаценты нам в очень редких случаях приходилось входить в полость матки рукой. Качательные движения пуповины при одновременном не-

сильном потягивании за нее и удерживании матки на месте другой рукой в большинстве случаев оказываются достаточными для удаления последа. Поэтому рекомендации некоторых акушеров (Л. А. Гусаков, М. Г. Сердюков, Marschall и др.) всегда отделять плаценту рукой кажутся нам излишними. Выжимать послед со стороны матки (А. В. Кашинский) также не следует. Этот способ не всегда приводит к цели и, помимо этого, при оперировании под местной анестезией создает у женщины болезненные ощущения.

Независимо от целостности удаленного последа следует всегда проверить полость матки большой тупой кюреткой. Эта манипуляция позволяет удалить небольшие остатки плацентарной ткани и является хорошим раздражителем, способствующим сокращению матки.

Существенными моментами абдоминального родоразрешения являются профилактика и терапия гипотонии матки. С точки зрения профилактики важно отсрочить кесарево сечение до появления родовой деятельности. Но, к сожалению, это далеко не всегда возможно. Хороший эффект можно получить при введении непосредственно в матку сокращающих средств (питуитрин, окситоцин).

После удаления последа и выскабливания стенок матки мы всегда вводим в полость матки одну большую марлевую салфетку, стараясь при этом, чтобы на всем протяжении полости матки она плотно прилегала к ее стенкам. К концу наложения первого этажа швов на разрез нижнего сегмента матки удаляем салфетку через оставшееся небольшое отверстие. Введение салфетки способствует сокращению матки и удалению скопившейся крови.

В борьбе с гипотонией матки используются те же средства, что и при влагалищном родоразрешении: массаж матки, повторное введение в матку сокращающих средств, раздражение полости матки тампоном, смоченным эфиром. Кроме того, целесообразно пальцами обеих рук зажимать маточные сосуды на уровне внутреннего зева. Ишемия матки является хорошим стимулом к ее сокращению. Обычно эти мероприятия дают положительные результаты. М. О. Шилко установил, что введение в толщу матки после ее опорожнения 10—20 мл 0,25% раствора новокаина резко повышает сокращение матки,

и рекомендует использовать этот метод в тех случаях, когда инъекции питуитрина противопоказаны, а также наряду с ними.

Хороший эффект дает внутривенное капельное введение питуитрина или окситоцина из расчета 3 единицы препарата на 500 мл 5% раствора глюкозы (Л. С. Персианinov и С. Я. Малдиновская). В зависимости от необходимости это делают во время операции или сразу же после ее окончания. При производстве гемотрансфузии в указанное время эти препараты можно добавить в ампулу крови.

Труднее бороться с атонией матки, вернее, трудно прийти к убеждению, что в данном случае имеется атония матки, обуславливающая профузное кровотечение. Нередко диагноз атонии ставят слишком поздно и женщина успевает потерять много крови. Если указанные меры борьбы с недостаточной сократительной функцией матки не дают эффекта в течение короткого времени, то следует быстро переходить к более активным методам борьбы с этой патологией.

В настоящее время эффективным методом борьбы с атонией матки следует считать перевязку магистральных сосудов матки, предложенную Д. Р. Цицишвили. Произведя в 2 случаях двустороннюю и в одном одностороннюю перевязку маточных сосудов, мы убедились в эффективности этого мероприятия в борьбе с атонией матки и профузным кровотечением. Как указывает Д. Р. Цицишвили, перевязка магистральных сосудов матки не влияет на менструальную и детородную функции женщины.

Перед зашиванием раны в области нижнего сегмента матки необходимо убедиться в достаточной проходимости цервикального канала для стока лохий в послеродовом периоде. Если цервикальный канал закрыт, то его следует расширить со стороны полости матки дилататорами Гегара.

При зашивании маточной раны необходимо отыскать и захватить нижний ее край. Зашивание матки почти все акушеры производят в два этажа. При одноэтажном шве (Potter и Johnston) нельзя достигнуть достаточной кооптации краев раны. Мы являемся противниками наложения непрерывного кетгутового шва при зашивании матки, который рекомендуют М. Г. Сердюков, Г. К. Черепяхин и Н. П. Лебедев, А. Ю. Лурье, Marschall и др. Узловатые

кетгутовые швы более анатомичны и дают возможность лучше кооптировать края раны. Непрерывный кетгутовый шов в зоне своего наложения выключает кровоснабжение, затрудняя заживление операционной раны. Greenhill сообщает о двух наблюдавшихся им случаях полного выхождения через влагалище непрерывного кетгутова шва, наложенного при перешеечном кесаревом сечении.

Potter и Johnston рекомендуют при зашивании матки накладывать шелковые, а не кетгутовые швы как при корпоральном, так и при перешеечном кесаревом сечении. Кроме того, некоторые практические врачи при зашивании матки также пользуются шелковыми швами. Следует подчеркнуть, что матка является органом, быстро меняющим свою величину, форму и функцию, поэтому пользование нерассасывающимся шовным материалом при зашивании ее раневых дефектов противопоказано. К тому же постоянное присутствие швов в стенке матки способствует развитию рубцовых процессов, препятствует мускуляризации места бывшего разреза, т. е. обуславливает неполноценность рубца на матке. Lask сообщил об отдаленных результатах кесарева сечения с наложением на матку шелковых швов. У одной больной длительные меноррагии после абдоминального родоразрешения заставили произвести через 2 года надвлагалищную ампутацию матки, при исследовании которой и были обнаружены шелковые швы в рубце с обильной клеточной инфильтрацией в зоне швов и рубца. У другой женщины наложение шелковых швов на матку длительно поддерживало местный воспалительный процесс. У третьей женщины наступила беременность, которая закончилась самопроизвольным абортom и при пальцевом обследовании полости матки на передней ее стенке были обнаружены шелковые швы. Мы также располагаем сведениями об одной женщине, перенесшей кесарево сечение, у которой наблюдалось периодическое отхождение шелковых швов из влагалища. Эта женщина после операции страдала сильными болями внизу живота.

Перед перитонизацией необходимо проверить ретро- и паравезикальные пространства в отношении наличия небольших гематом, кровоточащих сосудов. Гематомы могут не только рассасываться, но и организовываться, создавая инфильтраты, рубцы, смещения органа.

ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В литературе недостаточно изучен вопрос о производстве надвлагалищной ампутации матки (или ее экстирпации) после извлечения ребенка во время операции кесарева сечения.

За рубежом надвлагалищная ампутация матки, производимая вслед за кесаревым сечением, носит название операции Рогго. Но такое название необоснованно, так как Рогго предложил свою операцию в целях борьбы с послеоперационными септическими осложнениями. В настоящее время надвлагалищная ампутация матки при абдоминальном родоразрешении производится редко, по совершенно другим показаниям и технически по-иному.

Частота последующих гистерэктомий при абдоминальном родоразрешении за рубежом чрезвычайно высока и колеблется от 1,6% (Verch et al.) до 19% (Davis). Такая частота гистерэктомий не может быть оправдана. Дело в том, что при рассмотрении причин столь высокой хирургической активности выясняется, что во многих случаях надвлагалищная ампутация матки производится без достаточных оснований. По сводной статистике, показаниями к операции гистерэктомии из 170 случаев (на 4047 кесаревых сечений) явились: опухоли матки (рак шейки, миомы) — у 76, атония — у 52, разрыв матки — у 17. Кроме того, 25 женщинам ампутация матки была произведена только в целях стерилизации, что, конечно, нельзя считать обоснованным. По мнению Greenhill, с целью стерилизации показана надвлагалищная ампутация матки женщинам старше 40 лет, перенесшим два и более кесаревых сечений. Davis вообще рекомендует удалять матку, если кесарево сечение производится женщине 40 лет.

Атония матки является показанием к ампутации или экстирпации матки, однако во многих случаях эта операция производилась, безусловно, слишком поспешно. Mei-Pu и T'ien Shüeh-ping на 332 кесарева сечения произвели 48 гистерэктомий, из них 30 по поводу атонии матки.

Столь же часто некоторые авторы прибегают к удалению матки при миоме. Известно, что в послеродовом периоде миоматозные узлы могут значительно уменьшиться или исчезнуть, а в ряде случаев вместо надвлагалищ-

ной ампутации матки можно производить консервативную миомэктомию.

Следует остановиться еще на одном показании к удалению матки после абдоминального родоразрешения. Речь идет о неполноценном рубце после бывшего раньше кесарева сечения (без признаков разрыва матки).

Дуег и соавторы привели данные, согласно которым 23 из 85 ампутаций матки были сделаны в связи с неполноценностью маточного рубца. С этой установкой трудно согласиться, поскольку при повторном хирургическом родоразрешении старый рубец на матке должен иссекаться. Если же необходимо произвести стерилизацию для профилактики возможных осложнений при последующих беременностях, то для этого существуют более простые хирургические методы.

По нашим данным, из 1160 кесаревых сечений было произведено 18 надвлагалищных ампутаций и одна экстирпация матки (1,63%). Показаниями к ампутации матки служили: атония матки — у 10 женщин, разрыв матки, обнаруженный после лапаротомии, — у 6, фибромиома матки — у 2, шеечная плацента — у одной (экстирпация матки). При анализе историй родов этих женщин установлено, что у всех удаление матки было обосновано.

Как видно из приведенных данных, наиболее часто надвлагалищную ампутацию матки производили в связи с ее атонией. По-видимому, у некоторых из этих женщин атоническое кровотечение могло быть остановлено перевязкой магистральных сосудов матки. Эта операция достаточно эффективна и дает возможность сохранить женщинам такой важный орган, каким является матка (Д. Р. Цицишвили, М. С. Цырульников, Е. К. Александров).

Нами в 3 случаях атонического кровотечения, возникшего во время операции кесарева сечения, была произведена с положительным эффектом перевязка магистральных сосудов матки (у 2 больных — двусторонняя и у одной — односторонняя).

Таким образом, в настоящее время имеются основания рекомендовать вместо надвлагалищной ампутации матки при ее атонии во время кесарева сечения производить перевязку сосудов, питающих матку. Конечно, атония матки, являющаяся следствием маточно-плацентар-

ной апоплексии (матка Кувелера), требует только хирургического лечения.

Анализ вопроса о гистерэктомии при абдоминальном родоразрешении показывает необоснованность утверждения Davis, который считает относительную частоту этих операций логическим следствием развития акушерской науки и практики.

Мы считаем, что в современных условиях показания к надвлагалищной ампутации (или экстирпации) матки, производимой вслед за операцией кесарева сечения, должны быть следующие: 1) рак шейки матки; 2) миомы матки при наличии явных показаний к хирургическому лечению; 3) разрывы матки, исключая возможность ее зашивания; 4) маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера); 5) истинное приращение плаценты; 6) шеечная плацента; 7) редко — значительная инфекция матки; 8) атония матки, если двусторонняя перевязка маточных сосудов не приводит к остановке кровотечения; 9) редко — значительные рубцовые сужения и деформация влагалища и шейки матки, которые делают невозможным сток лохий в послеродовом периоде.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Ведение послеоперационного периода у женщины, перенесшей абдоминальное родоразрешение, имеет свои особенности, поскольку в этих случаях сочетаются два момента — женщина является одновременно роженицей и больной, которая подверглась чревосечению. В послеоперационном периоде больной назначают антибиотики с широким диапазоном действия в обычной дозировке. Однако надо помнить, что введение только антибиотиков еще не решает всей проблемы профилактики послеоперационных осложнений. Мы являемся сторонниками переливания крови во время операции в целях повышения реактивности организма даже при общем удовлетворительном состоянии женщины. Если гемотранфузия почему-либо не была произведена, ее нужно выполнить в первые часы послеоперационного периода. Для борьбы с обезвоживанием и нарушением обмена веществ и электролитов, всегда являющимися спутниками брюшностеночной операции, в первые сутки после нее следует внутривенно или подкожно перелить капельным

путем не менее 2 л 5% раствора глюкозы и физиологического раствора.

В первые 2 суток с целью достижения хорошего сна у больной и снижения болевых ощущений назначают промедол, пантопон, а в последующие дни снотворные. Также в первые дни для улучшения кровообращения применяют сердечные средства, лучше камфару. Необходимо следить за правильной инволюцией матки: темп ее сокращения должен соответствовать дню послеоперационного периода. При явлениях субинволюции назначают сокращающие матку средства. Особенно внимательно следует наблюдать за тонусом матки в связи с опасностью гипотонического кровотечения в первые часы послеоперационного периода. Мы не являемся сторонниками назначения всем оперированным медикаментозных средств, повышающих сокращение матки с первых часов послеоперационного периода, тем более что применяемые средства борьбы с гипотонией мочевого пузыря и кишечника влияют и на сократительную деятельность матки.

В первые сутки после операции при нарушении мочеиспускания допустима катетеризация мочевого пузыря, поскольку для получения эффекта от других мероприятий время ограничено. Для профилактики и борьбы с парезом кишечника с первых дней надо подкожно вводить 0,5 мл 0,1% раствора прозерина и внутривенно 60—80 мл 10% раствора хлористого натрия. К концу 2-х суток назначают клизму из гипертонического раствора поваренной соли, а к концу 3-х суток — 40—60 г касторового масла с последующей через 3—4 часа гипертонической клизмой. Мы убедились, что обязательное и своевременное назначение больным касторового масла является лучшим из всех других средств профилактики пареза кишечника и метеоризма.

Вынужденное и, следовательно, неудобное положение больной в постели угнетает ее психику и усугубляет болевые ощущения. Кроме того, неподвижное положение больной снижает функцию дыхания и кровообращения. Поэтому уже через несколько часов после операции больную следует поворачивать, разрешить ей сгибать ноги в коленных и тазобедренных суставах. На 3-и сутки роженице можно разрешить сидеть, а на 4-е — ходить по палате. На 8-е сутки снимают швы с брюшной стенки. На

протяжении послеоперационного периода больная выполняет весь комплекс послеоперационной гимнастики.

Если нет особых противопоказаний со стороны ребенка или матери, то кормление грудью можно разрешить на 3—4-й день после операции, а при хорошем состоянии матери и ребенка даже раньше.

При неосложненном течении послеоперационного периода роженица на 11—13-й день может быть выписана из стационара под наблюдение женской консультации.

Мы коснулись основных принципов ведения послеоперационного периода у здоровых женщин, перенесших неосложненное оперативное вмешательство с гладким его течением. Если же у больной во время или после операции наблюдаются шок, коллапс, постгеморрагическая анемия, токсикоз, появились воспалительные осложнения и т. д., то дополнительно к указанным принципам ведения применяют весь комплекс мероприятий, направленный на устранение этих осложнений.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РОДАХ

В начале XX столетия Veit выдвинул положение о том, что кесарево сечение можно производить только в тех случаях, когда женщина была госпитализирована заблаговременно, не подвергалась влагиалищным исследованиям, у нее нормальная температура и сохранены околоплодные воды. Хотя практически далеко не всегда акушеры придерживались этого положения, а опыт говорил о благоприятных результатах абдоминального родоразрешения при отсутствии указанных условий (К. К. Скробанский), такая осторожность в свое время была оправдана, поскольку при септических осложнениях после кесарева сечения наблюдалась высокая материнская летальность.

За рубежом до появления сульфаниламидов и антибиотиков наличие потенциальной или клинически выраженной инфекции в родах не останавливало акушеров от производства абдоминального родоразрешения. Однако в этих случаях обычно прибегали к экстраперитонеальному кесареву сечению.

К. К. Скробанский и Л. И. Бубличенко указывали на принципиальную возможность кесарева сечения при инфицированных родах. В 1935 г. К. К. Скробанский писал, что причину успеха кесарева сечения при инфицированных родах он видит «в совершенствовании оперативной техники, в тщательности соединения рассеченных тканей, создающих наилучшие условия для быстрого заживления ран и восстановления нормального функционирования их, в том числе и для быстрой ликвидации инфекции, которая не может не попасть в рану даже при самом идеальном оперировании. Особо важное значение имеет перенесение разреза из тела матки на ее истмическую часть». М. З. Коган, основываясь на многочисленных клинических данных, указывает, что при наличии показаний (узкий таз и др.) повышение температуры в родах должно заставить аку-

шефа спешить с производством кесарева сечения. Stabler, сравнивая результаты 376 эмбриотомий, которые были произведены в связи с возникновением инфицированности в родах, с результатами кесарева сечения, которое делали при тех же обстоятельствах, показал, что материнская летальность при эмбриотомии была в 4 раза выше, чем при абдоминальном родоразрешении. Küstner, Г. Г. Гентер, Л. И. Бубличенко указывали, что плацентарная площадка является одним из наиболее опасных путей к генерализации инфекции, даже более опасной, чем, например, разрез матки в области нижнего сегмента. Угроза распространения инфекции через плацентарную площадку сохраняется и при удалении плода через естественные родовые пути при плодоразрушающей операции.

С внедрением в практику сульфаниламидов и антибиотиков многие акушеры стали чаще прибегать к кесареву сечению в нижнем сегменте матки при инфицированных родах (Settle и Wilson, Eisele, Tischer, Kreibisch, Douglas, Dantuomo, Kobak et al.).

В 1955 г. Т. А. Серова на основании анализа 344 кесаревых сечений сделала вывод, что развитие инфекции в родах не ухудшает прогноза абдоминального родоразрешения для матери и плода. К такому же мнению пришли Н. Н. Чукалов, А. А. Василькова, Р. И. Мовшович и Г. К. Никитина, П. А. Маркарян, Г. М. Савельева, М. С. Фролов и др., которые показали, что при наличии антибиотиков инфекция в родах может не считаться абсолютным противопоказанием к кесареву сечению.

Однако ограниченность исследований по этому вопросу, притом выполненных у относительно небольшого числа женщин, не позволяет категорически высказаться о допустимости кесарева сечения при инфицированных родах (К. Н. Жмакин).

О предполагаемой потенциальной инфекции в родах можно думать тогда, когда отмечается длительный безводный период, родовой акт длится свыше суток, в процессе родов было произведено несколько влагалищных исследований и предпринимались попытки к оперативному влагалищному родоразрешению. Если же к этим обстоятельствам присоединяется повышение температуры, появляются гнойевидные выделения из по-

ловых путей или имеется гнойная инфекция другой локализации, при исследовании крови определяется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, то можно считать, что имеет место клинически выраженная инфекция (Т. А. Серова, Н. Н. Чукалов и А. А. Василькова, Kobak, Atherton и Williamson).

Обращает на себя внимание тот факт, что почти во всех сообщениях о результатах абдоминального родоразрешения в родовспомогательных учреждениях в нашей стране за последние годы всегда имеется довольно значительное число кесаревых сечений, произведенных при потенциальной или клинически выраженной инфекции в родах (табл. 10).

Таблица 10

Автор и год опубликования работы	Общее число кесаревых сечений	Кесарево сечение в %	
		при безводном периоде	при повышенной температуре в родах
З. Е. Варавко, 1960	139	43,2	19,4
А. Ф. Александрова, 1960	175	69	14,8
Н. Н. Глебова, 1961	279	43,3	13
С. Г. Исрафилбейли, 1960	285	53,1	25,6
А. С. Рудакова, 1956	206	52,4	20,4
П. А. Маркарян, 1959	316	Не указано	16,7
Н. Н. Чукалов, А. А. Василькова, 1951	201	28	32,3
Т. А. Серова, 1955	344	64	17,8
Р. И. Мовшович и Г. К. Никитина, 1960	222	40	Не указано
Л. Е. Гуртовой, В. И. Сизова, 1954	186	50,5	33,1
Я. Н. Полонский, Н. В. Ильина, 1956	157	65	Не указано
Л. В. Юрьева, 1956	237	Не указано	10,1
Т. М. Гуровская, 1960	721	54,7	20
В. М. Уткин, 1959	257	67,2	Не указано
В. П. Маркина, 1962	316	66	10
З. Ф. Дребеня и К. Н. Саватеев, 1961	157	Не указано	28
М. Е. Папугашвили и др., 1960	749	61,5	15,5
Н. И. Тюрина, 1959	570	Не указано	8

Для проведения анализа сравнительных результатов абдоминального родоразрешения при отсутствии и наличии предполагаемой или клинически выраженной инфекции в родах наши клинические наблюдения были

разделены на две группы. Первая группа состояла из 504 (43,4%) беременных и рожениц, которым операция была произведена при отсутствии каких бы то ни было признаков инфекции (целый плодный пузырь или безводный период не свыше 3 часов, нормальная температура, отсутствие лейкоцитоза или повышенной РОЭ, отсутствие или только однократное влагалищное исследование). В другую группу были включены 637 (55%) беременных и рожениц, которым операция была сделана при предполагаемой или клинически выраженной инфекции (безводный период свыше 3 часов, многократные влагалищные исследования, повышение температуры, наличие лейкоцитоза, ускоренной РОЭ и гнойных выделений из половых путей). Мы не включили в обе группы 19 женщин (1,6%), которым после кесарева сечения была произведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки. Продолжительность безводного периода во второй группе женщин колебалась в широких пределах: от 3 до 6 часов — у 154, от 6 до 12 часов — у 134, от 12 до 18 часов — у 62, от 18 до 24 часов — у 43, свыше 24 часов — у 83 женщин. В последней группе продолжительность безводного периода в среднем составила 41,8 часа (не учтены 2 случая кесарева сечения, которое было произведено при безводном периоде, равном 14 и 20 суткам). Число влагалищных исследований в среднем было 3—4. До операции температура была повышена у 143 женщин (12,3%), из них у 97 она была в пределах 37,1—37,5°, у 34 — в пределах 37,6—38° и у 5 — в пределах 38,1—38,5°.

Непосредственные результаты кесарева сечения для матери в обеих группах представлены в табл. 11.

Как видно из таблицы, число послеоперационных осложнений у женщин, которым кесарево сечение производили при наличии потенциальной или клинически выраженной инфекции, было значительно больше, чем у женщин первой группы. Кроме того, развитие септической инфекции у женщин второй группы явилось в 4 случаях причиной смертельных исходов (2 женщины погибли от сепсиса, одна от перитонита и одна — от паралитического илеуса, возникшего в связи с ограниченным перитонитом). Инфекция в родах неблагоприятно влияла на течение послеоперационного периода, несмотря на применение антибиотиков. Таким образом, хотя

Таблица 11

№ п/п	Характер послеоперационных осложнений	Кесарево сечение при инфицированных родах (504 женщины)		Кесарево сечение при неинфицированных родах (637 женщин)		t
		число осложнений	%	число осложнений	%	
1	Лихорадочное течение послеоперационного периода	209	41,5	301	47,2	1,9
2	Осложнения со стороны операционной раны	33	6,5	80	12,5	3,5
3	Воспалительные заболевания половых органов . .	24	4,76	55	8,6	2,7
4	Генерализованная инфекция (тромбофлебиты, перитонит, сепсис)	9	1,78	15	2,35	<2
5	Осложнения со стороны кишечника (парез, илеус)	2	0,4	7	1,1	<2
6	Осложнения со стороны мочевой системы воспалительного характера (цистит, цистопиелит)	3	0,59	5	0,79	<2
7	Послеоперационная летальность от септических осложнений	0	0,0	4	0,62	>2

антибиотики и являются мощным средством борьбы с инфекцией, сами по себе они еще не решают полностью проблемы абдоминального родоразрешения женщин при инфицированных родах.

Большое практическое значение имеет анализ исходов операции при инфицированных родах в зависимости от метода производства кесарева сечения.

Еще К. К. Скробанский указывал, что благоприятные результаты хирургического родоразрешения при инфицированных родах зависят от тщательности выполнения операции и, главное, связаны с перенесением разреза с тела матки на ее нижний сегмент. В табл. 12 представлены данные, характеризующие эту зависимость.

Приведенные данные показывают, что после корпорального кесарева сечения в послеоперационном периоде значительно чаще возникают различные осложнения. Это в первую очередь относится к таким опасным пос-

Таблица 12

№ п/п	Послеоперационные осложнения	Корпоральное кесарево сече- ние (388 жен- щин)		Перешеечное кесарево сече- ние (249 жен- щин)		t
		абсо- лютное число	%	абсо- лютное число	%	
1	Лихорадочное течение по- слеоперационного периода	200	51,6	101	40,5	2,8
2	Полное расхождение швов брюшной стенки с эвен- трацией и без нее	7	1,8	—	—	2,7
3	Воспалительные заболева- ния гениталий	30	7,7	26	10,4	2
4	Генерализованная инфекция: тромбофлебиты	13	3,34	2	0,8	2,5
	перитонит	8	2,06	1	0,4	
	сепсис	2	0,5	1	0,4	
5	Осложнения со стороны ки- шечника	3	0,78	—	—	
	Осложнения со стороны моче- вой системы	5	1,3	2	0,8	2
6	Осложнения со стороны моче- вой системы	4	1,0	1	0,4	2

леоперационным осложнениям, как расхождение швов брюшной стенки с эвентрацией кишечника, тромбофлебит, перитонит и сепсис. Трех из четырех больных, погибшим от септических осложнений, было произведено корпоральное кесарево сечение.

Наряду с правильным выбором метода операции (в нижнем маточном сегменте) и рациональным применением антибиотиков для профилактики и терапии послеоперационных осложнений очень большое значение имеют и другие факторы, о которых, как показал анализ историй родов, врачи иногда забывают. К ним относятся гемотрансфузии и переливание кровезамещающих растворов, витаминотерапия, дезинтоксикационные средства, мероприятия, направленные на борьбу с обезвоживанием организма, ацидозом, на восстановление функции кишечника, на предупреждение тромбозомболической болезни и пр.

Ведущая роль в возникновении послеоперационных воспалительных осложнений принадлежит макро-, а не микроорганизму, об этом лишний раз свидетельствуют и данные бактериологического исследования полости

матки, произведенного во время операции кесарева сечения.

Т. А. Серова при посеве содержимого матки, взятого во время операции у 59 женщины, которым производили абдоминальное родоразрешение после отхождения околоплодных вод, только у 29 из них получила рост микрофлоры, а у 30 женщины полость матки оказалась стерильной. Данные Т. А. Серовой говорят о том, что бактерии могут проникать в полость матки в первые часы после отхождения вод, однако стерильность полости матки может сохраняться и при длительном безводном периоде. Сопоставление этих данных с течением послеоперационного периода показало, что при наличии микрофлоры в полости матки не всегда возникают лихорадочные осложнения. Н. Н. Глебова на основании своих исследований считает, что наличие инфицированности околоплодных вод особого влияния на течение послеоперационного периода не оказывает.

Для выяснения роли микрофлоры в возникновении послеоперационных воспалительных заболеваний нами у 69 женщин было произведено бактериологическое исследование околоплодных вод, взятых в момент вскрытия полости матки, и посевов со стенок матки, взятых после удаления плода и околоплодных вод. Для контроля периодически производили бактериологический анализ смывов с рук хирургов, операционной медицинской сестры и операционного материала. У 28 женщин бактериологические исследования были произведены при отсутствии данных о развитии инфекции в родах и у 41 — при предполагаемой или клинически выраженной инфекции в родах.

У 13 женщин (из 28) без проявлений инфекции при бактериологическом исследовании околоплодных вод и посевов из полости матки микрофлора отсутствовала, у 4 была выяснена условно патогенная микрофлора (грамположительные диплококки, энтерококк) и у 11 — гноеродная микрофлора. Из 13 женщин, у которых посевы оказались стерильными, в послеоперационном периоде у 3 рожениц наблюдались осложнения (у одной — бронхопневмония и у 2 — эндометрит). При обнаружении условно патогенной микрофлоры женщины не имели осложнений в послеоперационном периоде. При высевании патогенной микрофлоры осложнения в по-

слеоперационном периоде наблюдались у 5 из 11 женщин (эндометрит, тромбофлебит, частичное расхождение швов, у 2 женщин длительная лихорадка). Обращает на себя внимание тот факт, что у ряда женщин, несмотря на высеивание у них патогенной микрофлоры, послеоперационный период протекал совершенно без осложнений.

Во второй группе женщин, которым кесарево сечение было произведено в условиях предполагаемой или клинически выраженной инфекции в родах, микрофлора была высеяна у 18 (из 41) — патогенная, у 9 — условно патогенная и у 14 женщин посев материала дал отсутствие роста бактерий. Из 14 женщин со стерильными посевами, у 2 — наблюдалась бронхопневмония, у одной илеус на почве спаечного процесса и у одной — нагноение части кожных швов. Из 9 женщин, у которых была высеяна условно патогенная микрофлора, 4 имели осложнения в послеоперационном периоде (3 — эндометрит и одна — расхождение швов). Наконец, из 18 женщин, у которых была выявлена патогенная микрофлора, наблюдались следующие осложнения: пиелит — у одной, пневмония и частичное расхождение кожных швов — у одной, частичное расхождение швов — у одной, полное расхождение швов с эвентрацией — у одной, длительная лихорадка без ясного диагноза — у 4 человек. У некоторых женщин, несмотря на высеивание из родовых путей патогенной микрофлоры, послеоперационный период протекал совершенно без осложнений.

При анализе полученных данных бактериологического исследования околоплодных вод и посевов со стенок матки можно прийти к следующим выводам.

1. Целость плодного пузыря не предохраняет во всех случаях от попадания в полость плодного яйца бактериальной микрофлоры. По мнению Stamm и Messerli, инфекция может попасть в полость матки восходящим или гематогенным путем.

2. Стерильность содержимого полости матки не исключает возможности возникновения в послеоперационном периоде различных воспалительных заболеваний половых органов.

3. Наличие бактериальной микрофлоры в полости матки не делает неизбежным возникновение инфекционных послеоперационных осложнений.

Причину таких возможных исходов надо искать в состоянии макроорганизма. Основное значение имеют характер течения родов и состояние роженицы. Поэтому применение средств, повышающих сопротивляемость организма к воздействию болезнетворных агентов, в частности микроорганизмов, при абдоминальном родоразрешении ни в коей мере не должно исключаться.

Что касается перинатальной смертности, то, по данным Т. А. Серовой, кесарево сечение при инфицированных родах не сопровождается увеличением мертворождаемости и смертности новорожденных. Если сопоставить наши результаты абдоминального родоразрешения у женщин с неинфицированными и инфицированными родами, то перинатальная смертность окажется выше у тех из них, у которых кесарево сечение было произведено при отсутствии признаков инфекции (14,4 против 6,8% в группе с предполагаемой или клинически выраженной инфекцией в родах). Это обстоятельство связано с тем, что у большинства женщин с предлежанием плаценты и у всех с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты признаки инфекции в родах отсутствовали. В то же время при этой патологии наблюдалась наиболее высокая мертворождаемость. Если же исключить женщин с этими формами патологии, то перинатальная смертность при инфицированных родах составит 1,94%, а при инфицированных — 4,8%. Однако установить зависимость перинатальной смертности от развития инфекции в родовых путях на нашем материале не представляется возможным, так как мертворождаемость и смертность новорожденных зависели от других причин (врожденные уродства, асфиксия и внутричерепная травма).

Резюмируя сказанное, надо признать, что при выборе абдоминального метода родоразрешения нельзя полностью исключить опасность развития инфекции в родах. При развитии инфекции в родах прежде всего следует избегать корпорального кесарева сечения как опасной операции, дающей высокий процент различных послеоперационных осложнений. Рациональный метод абдоминального родоразрешения (кесарево сечение в нижнем маточном сегменте) надо сочетать с применением, помимо антибиотиков, и других средств, повышающих защитные силы организма (гемотрансфузии во

время операции и в дальнейшем, парентеральное белковое питание, борьба с послеоперационным ацидозом, обезвоживанием, дезинтоксикационные средства, витаминотерапия и пр.).

Вместе с тем своевременная оценка с точки зрения прогноза для плода различных осложнений беременности и родов, которые могут обусловить абдоминальное родоразрешение, позволит не допустить запоздания в производстве кесарева сечения, и операция будет выполнена при отсутствии инфекции в родовых путях женщины.

akusher-lib.ru

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ

МАТЕРИНСКАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Разработка и широкое внедрение в акушерскую практику таких крупных достижений медицины, как переливание крови, сульфамидо- и антибиотикотерапия, методы современной анестезии, борьбы с тромбозмобилиями и улучшение техники самой операции кесарева сечения, позволили значительно снизить материнскую летальность при этом виде акушерской помощи.

По сборной статистике Г. А. Бакшта, в 30-х годах материнская летальность после абдоминального родоразрешения была равна 5,8%. По сведениям иностранных авторов (Winter, Schoen et al.) материнская летальность достигала 7,1—7,8%. Самой частой причиной материнской летальности были септические осложнения. Их удельный вес составлял 53% и больше (Winter).

В последние годы материнская летальность при абдоминальном родоразрешении резко снизилась, а в отдельных учреждениях даже отсутствует. D'Esopo (1000 операций), McLean и соавторы (1192 операции), DeCarle (1236 операций), Bach (1273 операции), Potter и Johnston (1521 операция) не наблюдали смертельных исходов после хирургического родоразрешения. Haggis и соавторы на 4397 операций отметили материнскую летальность в 0,08% случаев.

Если суммировать данные 110 авторов, то на 85 486 операций кесарева сечения, произведенных после 1940 г. в Советском Союзе, США и европейских странах, количество смертельных исходов было 835, т. е. в 0,97% случаев. В наших родовспомогательных учреждениях за последние годы материнская летальность после кесаревых сечений также приближается к этим средним показателям (0,98%, по данным Т. М. Гуровской). По нашим данным, на 1160 кесаревых сечений материнская летальность имела место в 12 случаях (1%).

Однако снижение материнской летальности еще не означает, что в результате этой операции в настоящее время погибает мало матерей. Кроме того, в общей структуре материнской смертности летальность после кесаревых сечений начинает занимать значительный удельный вес, который с течением времени увеличивается. По данным Министерства здравоохранения Англии и Уэльса, в 1952—1954 гг. удельный вес абдоминального родоразрешения среди прочих причин материнской смертности составил 19,4%, а в 1955—1957 гг. уже 23,8% (Claye). Как показали данные пленума Всесоюзного общества акушеров-гинекологов (1964), указанная тенденция имеет место и в нашей стране. Каковы же причины послеоперационной летальности?

В табл. 13 приведены причины материнской летальности, которая имела место в наших наблюдениях.

Таблица 13

№ п/п	Показания к кесареву сечению	Причины гибели больной							
		острая анемия	перитонит	сепсис	атоническое кровоотечение	туберкулез легких	илеус	заболевание центральной нервной системы	саркома яичника
1	Полное предлежание плаценты . . .	4	—	—	—	—	—	—	—
2	Экссудативный перикардит . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Туберкулез легких . . .	—	—	—	—	1	—	—	1
4	Высокое прямостояние головки . . .	—	1	—	—	—	—	—	—
5	Ягодичное предлежание, преэклампсия . . .	—	—	—	1	—	—	—	—
6	Клинически узкий таз . . .	—	—	1	—	—	—	—	—
7	Слабость родовой деятельности . . .	—	1	—	—	—	—	—	—
8	Эпилепсия . . .	—	—	—	—	—	—	1	—
9	Поперечное положение плода, предлежание плаценты . . .	—	—	—	—	—	1	—	—
Итого . . .		4	2	1	1	1	1	1	1

При выяснении послеоперационной летальности в первую очередь необходимо установить, по какой причине умирают женщины после кесарева сечения (основная патология или оперативное вмешательство).

Для анализа причин материнской летальности мы суммировали данные литературы и собственные клинические наблюдения. Таким образом, нам удалось проанализировать причины смерти 463 больных (на 45 535 операций), погибших после операции кесарева сечения. Причины гибели матерей распределены на две группы.

I. Причины материнской летальности, связанные с операцией кесарева сечения

Перитонит	50	больных	(10,80%)
Тромбоземболии	34	»	(7,34%)
Осложнение наркоза	30	»	(6,48%)
Сепсис	20	»	(4,32%)
Илеус	17	»	(3,67%)
Бронхопневмония	8	»	(1,73%)
Операционный шок	5	»	(1,08%)
Воздушная эмболия	4	»	(0,86%)

Итого... 168 человек (36,28%)

II. Причины материнской летальности, не связанные с операцией кесарева сечения

Дородовые кровотечения	70	больных	(15,12%)
Эклампсия	67	»	(14,47%)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	56	»	(12,09%)
Злокачественные опухоли различных органов	17	»	(3,67%)
Атония матки	15	»	(3,24%)
Туберкулез различных органов	10	»	(2,16%)
Заболевания центральной нервной системы	7	»	(1,51%)
Заболевания печени	7	»	(1,51%)
Кровоизлияние в мозг	6	»	(1,30%)
Заболевания почек	6	»	(1,30%)
Болезни крови	3	»	(0,65%)
Диабет	2	»	(0,43%)
Прочие заболевания	18	»	(3,89%)
Причины неизвестны	11	»	(2,38%)

Итого... 195 человек (63,72%)

Таким образом, почти $\frac{2}{3}$ больных, подвергшихся абдоминальному родоразрешению, погибли от экстрагенитальных заболеваний при различной акушерской патологии, а $\frac{1}{3}$ — от причин, связанных с производством самой операции.

Приведенная структура материнской летальности дает только общее представление по этому вопросу, поскольку в ней нет разграничения исходов операции в зависимости от метода производства кесарева сечения, что имеет существенное значение. Поэтому мы обобщили данные 17 отечественных и 14 иностранных авторов о материнской летальности в зависимости от методов кесарева сечения. Было установлено, что на 5662 корпоральных кесарева сечения материнская летальность составила 2,06%, а на 16 894 операций в нижнем маточном сегменте — всего 0,7% ($t = 7$). Таким образом, материнская летальность при перешеечном кесаревом сечении в 3 раза меньше, чем при разрезе тела матки. Особенно велика разница в летальности от септических осложнений (перитонит и сепсис); она в 5 раз выше при корпоральном кесаревом сечении. Более чем в 3 раза чаще имеют место смертельные исходы при корпоральном кесаревом сечении от кровотечения, связанного с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Все эти данные статистически достоверны ($t > 2$).

Является ли послеоперационная летальность неизбежным следствием абдоминального родоразрешения?

Как видно из анализа причин послеоперационной летальности, в настоящее время еще имеют место смертельные случаи после кесарева сечения от септических осложнений. Случаи смерти от перитонита и сепсиса составляют 15,12% среди всех причин материнской летальности и 0,15% по отношению к общему числу кесаревых сечений. Следует отметить, что летальность от септических осложнений в настоящее время не испытывает заметной тенденции к снижению. По данным К. Н. Жмакина, в 1947—1951 гг. материнская летальность после кесарева сечения составляла 2,4%, в том числе от септических заболеваний 0,1%. В последующие 7 лет общая материнская летальность снизилась до 0,98%, а летальность от септических осложнений осталась прежней. В то же время во многих

родовспомогательных учреждениях материнская летальность от септических осложнений отсутствует. Это позволяет считать, что послеоперационной летальности от септических осложнений можно избежать. Очевидно, в настоящее время послеоперационную летальность от генерализованной инфекции надо рассматривать как результат производства кесарева сечения при наличии противопоказаний, нерационального метода операции (корпоральное кесарево сечение) или недостаточного ухода и терапии в послеоперационном периоде. В качестве иллюстрации приводим описание неблагоприятного исхода кесарева сечения, имевшего место в наших наблюдениях.

Роженица О., 29 лет, поступила в родильный дом в 3 часа 22/Х 1961 г. Беременность седьмая, роды пятые. В анамнезе два криминальных аборта, последний из них осложнился сепсисом. Предыдущие роды были нормальные, последние в 1960 г. Размеры таза в пределах нормы, беременность доношенная, двойня. 21/Х в 15 часов появились схватки. Роженица поступила в колхозный родильный дом, где в 17 часов родился плод в асфиксии, был оживлен, но вскоре умер. Через 30 минут после рождения плода появились схватки. В 18 часов 30 мин. отошли воды, после чего схватки ослабели и роженица в сопровождении акушерки была доставлена в городской родильный дом.

При поступлении температура 37,3°, матка напряжена, части плода определить не удается, сердцебиение плода в дне матки 150 в минуту. Влагалищное исследование: во влагалище ручка плода, позади нее за внутренним зевом — край плаценты. Ввиду запущенного поперечного положения плода, угрожающей внутриутробной асфиксии плода и частичного предлежания плаценты 22/Х в 5 часов произведено корпоральное кесарево сечение. В послеоперационном периоде развился парез кишечника, затем паралитическая непроходимость, полное расхождение брюшной раны. 26/Х произведена операция ушивания раны передней брюшной стенки. После второй операции состояние больной прогрессивно ухудшалось, и 1/Х она скончалась.

Патологоанатомический диагноз: ограниченный гнойный эндометрит с частичным расхождением швов на матке. Нерезко выраженный фибринозный перитонит в нижнем отделе брюшной полости. Резко выраженный парез кишечника. Очаговые множественные некрозы и тромбоз мелких вен тонкого кишечника. Резко выраженная белковая дистрофия миокарда.

Таким образом, роженице при наличии явной инфекции в родах было произведено корпоральное кесарево сечение. Если в данном случае уже сам выбор метода родоразрешения является спорным, то производство корпорального кесарева сечения является явной ошиб-

кой (более подробно о преимуществах кесарева сечения в нижнем маточном сегменте см. в главе 5). Кроме того, существенные недостатки имелись и при ведении послеоперационного периода у больной.

В первую очередь это касается эффективной терапии пареза кишечника и впоследствии паралитического илеуса (борьба с обезвоживанием и интоксикацией, паранефральная новокаиновая блокада, опорожнение кишечника от содержимого и восстановление его перистальтики и пр.).

Еще в 3 случаях, по нашим данным, материнская летальность объяснялась возникновением в послеоперационном периоде тяжелых септических осложнений. Анализ историй родов этих женщин выявляет те же самые ошибки, о которых только что говорилось: игнорирование инфицированности организма женщины в родах, неправильный выбор метода абдоминального родоразрешения, запоздалое его производство, несвоевременную диагностику послеоперационных осложнений и отсутствие соответствующего ухода в послеоперационном периоде.

Наряду с септическими осложнениями материнская летальность может быть снижена путем профилактики и своевременного лечения тромбоэмболической болезни.

Тромбоэмболия принадлежит значительный удельный вес среди причин послеоперационной летальности. Наиболее часто наблюдается тромбоэмболия легочной артерии — у 34 из 463 умерших (7,34%).

Расширение знаний о причинах, патогенезе, клинике, терапии и профилактике данной патологии позволило Е. М. Тарееву говорить о ней, как о тромбоэмболической болезни.

Физико-химические изменения плазмы крови, которые возникают после операции и родов, способствуют образованию тромбозов и флеботромбозов. Последние являются наиболее опасными в отношении возникновения тромбоэмболий.

Тромбоэмболия — не редкое заболевание. По сборной статистике Tomaschek, тромбообразование после больших гинекологических операций встречается, в среднем, в 3,7% случаев, причем каждая десятая больная, страдающая этим заболеванием, погибает от эмболии

легочной артерии. В. П. Михайлов и А. А. Терехова на 14 698 родов наблюдали 66 случаев тромбоза (0,45%), из них 5 со смертельным исходом (2 больных погибли после кесарева сечения).

Иногда тромбоз может возникнуть даже после безусловно проведенной операции и гладкого течения послеоперационного периода. Поэтому необходимо всегда помнить о возможности этого осложнения и стремиться всеми доступными клиническими и лабораторными методами исследования выявить ранние стадии этого заболевания или предрасположенность к нему.

Разработанные методы лечения и профилактики тромбоза в настоящее время позволяют значительно снизить количество смертельных исходов от этого заболевания.

К ним относится применение фибринолитических средств (гепарин), антикоагулянтов (дикумарин, неодикумарин, пелентан) и др. При наличии тромбоза назначают, кроме того, антибиотики. Для предупреждения тромбозов, кроме антикоагулянтов (Е. М. Тареев, В. П. Михайлов и А. А. Терехова, Holtorf и Bergander и др.), рекомендуют гемодинамическую профилактику, заключающуюся в раннем начале физических упражнений, раннем вставании после операции, наложении давящих повязок или ношении эластических чулок при наличии варикозных расширений вен для предупреждения застоя крови и др.

Одной из частых причин материнской летальности являются осложнения обезболивания (по нашим данным, у 30 из 463 умерших, т. е. у 6,48%). У 21 женщины причину смерти можно связать с эфирным наркозом, у 6 — со спинномозговой анестезией, у 2 — со спинномозговой анестезией и эфирным наркозом и у одной — с циклопропановым наркозом. Из 48 случаев материнской летальности от обезболивания при кесаревом сечении, описанных Gordon, в 21 была повинна спинномозговая анестезия, в 23 — эфирный наркоз, в 4 — комбинация этих двух методов обезболивания. Аналогичные наблюдения сделаны Bishop.

Вопросы обезболивания при операции кесарева сечения не являются простыми. Необходимость учитывать влияние анестетиков на внутриутробный плод, тонус

матки, производство операции у неподготовленных больных в порядке экстренной помощи, часто неудовлетворительное состояние больных и другие условия осложняют выбор обезболивания.

Однако, как свидетельствуют данные литературы и наши наблюдения, смертельные исходы от обезболивания наиболее часто имеют место при масочном эфирном наркозе и спинномозговой анестезии. Известную роль играет, безусловно, шаблонное применение какого-либо одного вида обезболивания, которое привилось в данном родовспомогательном учреждении.

Замена масочного эфирного наркоза современным эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом, отказ от спинномозговой анестезии, при которой всегда существует опасность возникновения вазомоторного паралича у оперируемой беременной или роженицы, более широкое использование местной анестезии по Вишневскому, почти лишенной недостатков по сравнению с остальными методами обезболивания при кесаревом сечении, — все эти мероприятия позволят исключить обезболивание как причину смерти при абдоминальном родоразрешении.

Развитие кишечной непроходимости — редкая причина послеоперационной летальности (3,67%). Непроходимость кишечника после операции может возникнуть на почве спаечного процесса, или же иметь динамический (паралитический) характер. В обоих случаях она чаще возникает после корпорального кесарева сечения, ибо при нем образование спаечного процесса между передней стенкой матки, сальником, петлями кишечника и передней брюшной стенкой в той или иной степени является почти обычным явлением. Кроме того, развитие ограниченного воспалительного процесса в области маточной раны после корпорального кесарева сечения обуславливает возникновение и поддерживание паралитической непроходимости кишечника. Применение кесарева сечения в нижнем сегменте матки является одним из условий, способствующим снижению частоты возникновения непроходимости кишечника после хирургического родоразрешения. После этого метода кесарева сечения образование спаечного процесса в брюшной полости и, следовательно, странгуляционной непроходимости кишечника яв-

ляется исключением. Кроме того, возникновение воспалительного процесса после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте обычно носит местный характер, и этот процесс меньше отражается на функции других органов брюшной полости.

Помимо применения рациональной методики операции в борьбе с паралитическим илеусом большая роль принадлежит своевременным и широким мероприятиям по восстановлению перистальтики кишечника в послеоперационном периоде.

Бронхопневмония, по нашим данным, явилась причиной смертельных исходов после операции кесарева сечения у 1,73% умерших. Если она не является аспирационной, которая может перейти в абсцедирующую, то при современных методах лечения бронхопневмония не должна вызывать летальность. Для профилактики послеоперационной бронхопневмонии существенное значение имеет правильный выбор метода обезболивания. Обезболивание должно быть достаточно полным, чтобы уменьшить возможность рефлекторных влияний на легкие, не должно угнетать основные функции организма (дыхание, кровообращение, мышечный тонус), не должно раздражать слизистые оболочки дыхательных путей (опасность аспирации), не должно быть токсичным (К. А. Шукарев). С этой точки зрения одним из лучших методов обезболивания является местная анестезия. Большое значение для предупреждения бронхопневмонии имеет выполнение больными в послеоперационном периоде дыхательной гимнастики.

Сама по себе операция кесарева сечения не является травматичным хирургическим вмешательством, поэтому операционный шок — редкое явление при этой операции. Операционный шок послужил причиной смерти у 5 женщин (1,08%) из 463 умерших при этой операции (данные на 45 535 кесаревых сечений). На его возникновение, по-видимому, оказывали влияние кровопотеря, утомление, истощение нервной системы при длительном родовом акте, психическая травма, недостаточное обезболивание, охлаждение и пр.

В настоящее время вопросы профилактики и лечения шока разработаны достаточно хорошо. Для профилактики имеют большое значение надежное обезболивание, применение средств, вызывающих торможение централь-

ной нервной системы, переливание крови и кровезаменителей, введение поливитаминов и др. (И. Р. Петров).

Лечебные мероприятия должны быть направлены на нормализацию нарушенной функции нервной системы (нейроплегики, антигистаминные препараты, анальгетики), кровообращения (внутриартериальное и внутривенное переливание крови и плазмы, противошоковых и плазмозамещающих растворов), эндокринных желез и обмена веществ (поливитамины, глюкоза, адреналин, норадреналин, глюкокортикоиды), внешнего дыхания (кислородная терапия, управляемое дыхание) (И. Р. Петров, М. Г. Шрайбер, Е. И. Вольперт, Н. В. Уханова).

Наиболее редким осложнением при кесаревом сечении является воздушная эмболия: на 45 535 операций она имела место 4 раза.

Stingl собрал в литературе всего 10 случаев воздушной эмболии при абдоминальном родоразрешении и описал собственное наблюдение. Из этих 11 больных, погибших от воздушной эмболии, у 3 она возникла во время корпорального, у 7 — во время перешеечного и у одной — во время влагалищного кесарева сечения.

Развитию воздушной эмболии способствуют разрез матки через плацентарную площадку, пониженное артериальное давление в результате кровопотери, атония матки, тренделенбургское положение. Терапия этого грозного осложнения обычно оказывается неэффективной. Для его профилактики следует по возможности избегать указанных способствующих моментов.

Из причин материнской летальности после кесарева сечения, непосредственно не связанных с самой операцией, следует остановиться только на тех, которые имеют принципиальное значение и встречаются наиболее часто.

Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты могут приводить к гибели больной в связи с кровопотерей. По нашим данным, эти причины обусловили материнскую летальность в 15,12% случаев (70 из 463). Конечно, смертельные исходы при этих видах акушерской патологии нельзя трактовать как непредотвратимые.

Поздняя госпитализация, промедление в диагнозе, промедление в лечении геморрагического шока, неадек-

ватное переливание крови, неприменение современных средств борьбы с геморрагическим шоком (внутриартериальное переливание крови) — все это способствует появлению смертельных исходов при этих видах акушерской патологии. Schou, анализируя причины высокой материнской летальности (4,6%) после кесарева сечения, пришел к выводу, что она в основном зависит от слишком консервативной тактики ведения предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. По нашим данным, смертельные исходы от кровопотери при предлежании плаценты имели место у 4 больных. Анализ истории родов свидетельствует о том, что таких исходов можно было бы избежать при своевременной госпитализации больных и энергичной борьбе с кровопотерей и геморрагическим шоком. Приводим одно клиническое наблюдение.

Беременная П., 22 лет, поступила в родильный дом 4/1 1953 г. в 11 час. 30 мин. Беременность первая (37 недель). Во второй половине беременности периодически появлялись кровянистые выделения из половых путей. При поступлении отмечались явления коллапса и резкой анемии: артериальное давление 65/40 мм, пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения, гемоглобин 30 единиц. Воды не отходили, схваток не было, сердцебиение плода не прослушивалось. Через 2½ часа после поступления в связи с центральным предлежанием плаценты было произведено корпоральное кесарево сечение. Через 40 минут после операции больная скончалась. До и во время операции производилось внутривенное переливание крови. Патологоанатомический диагноз: острая анемия, развившаяся вследствие центрального предлежания плаценты.

Всем этим 4 женщинам не было своевременно произведено абдоминальное родоразрешение: двум в связи с поздним поступлением в стационар и двум другим — в связи с недооценкой такой опасной патологии, какой является предлежание плаценты. Во всех этих случаях не производилась адекватная борьба с кровопотерей и геморрагическим шоком — больные получали только внутривенное переливание крови, причем в недостаточном количестве.

Л. С. Персианинов, С. Я. Малиновская и другие авторы подчеркивают, что в борьбе с острой кровопотерей особенно большое значение имеет своевременно начатое внутриартериальное переливание крови. При резком ослаблении сердечной деятельности внутривенное переливание крови может оказаться неэффективным и даже

вредным, поскольку переполнение кровью венозной системы создает непосильную нагрузку для работы сердца. Поэтому в случае снижения артериального давления при геморрагическом коллапсе и шоке до 70 мм рт. ст. и ниже, а тем более в преагональном состоянии следует немедленно переходить на внутриартериальное переливание крови. С целью усиления воздействия на ангиорецепторы полезным является внутриартериальное введение 10% раствора хлористого кальция (Л. С. Персианинов). Как дополнение к гемотрансфузии или как временное мероприятие при отсутствии консервированной крови следует производить вливание плазмы и синтетических кровезаменителей (полиглюкин и др.), обладающих стойким прессорным эффектом.

При наличии у больной профузного кровотечения надо помнить, что оно может зависеть от гипо- и фибриногенемии, особенно при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, задержке мертвого плода в матке, поражениях печени. При случаях кровотечения на почве гипофибриногенемии наиболее эффективным методом терапии является внутривенное введение 2—8 г фибриногена, а при его отсутствии — свежей крови. Для повышения свертываемости крови и нейтрализации гепарина рекомендуется внутривенное вливание 10—20 мл 1% раствора протаминсульфата. Хороший эффект удается также получить от введения эpsilon-аминокапроновой кислоты.

Гипо- и атония матки после извлечения ребенка и последа, возникшая во время операции (на 1160 кесаревых сечений), по нашим данным, встретилась у 21 женщины (1,8%), причем чаще всего эта патология имела место при предлежании плаценты. Если у больной возникла гипотония матки, то в большинстве случаев введение в матку сокращающих средств, массаж матки и другие консервативные мероприятия обычно дают положительный терапевтический эффект. После родоразрешения при предлежании плаценты, а также при выраженной склонности к гипотонии матки целесообразно также дополнительное капельное внутривенное введение окситоцина из расчета 5 единиц препарата на 500 мл 5% раствора глюкозы.

Сложнее обстоит дело при возникновении атонического кровотечения. Консервативные мероприятия в та-

ких случаях оказываются неэффективными, а промедление с применением более радикальных методов лечения может привести к смертельному исходу от острой кровопотери. До последнего времени обычным методом борьбы с атоническим кровотечением было производство надвлагалищной ампутации матки.

В настоящее время с успехом начали применять перевязку сосудов, питающих матку. В 3 случаях мы имели возможность ограничиться при атоническом кровотечении только этой простой манипуляцией и достигнуть остановки кровотечения.

По нашим наблюдениям из 12 женщин, умерших после кесарева сечения, одна больная погибла от атонического кровотечения.

Роженица М., 37 лет, поступила в родильный дом 11/1 1958 г. Беременность седьмая, роды шестые, предыдущие роды протекали без осложнений. Во второй половине настоящей беременности развилась нефропатия. Размеры таза в пределах нормы, двойня, оба плода в тазовом предлежании. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Через 15 минут после поступления беременной в стационар появились схватки и вскоре отошли воды. Несмотря на магниезальную терапию, появились явления преэклампсии. 12/1 в связи с преэклампсией, слабостью родовой деятельности, угрожающей внутриутробной асфиксией плода произведено корпоральное кесарево сечение под эфирным масочным наркозом. Во время операции возникло атоническое кровотечение, которое продолжалось и после операции. Консервативные методы терапии (сокращающие матку средства, переливание крови и др.) остались неэффективными. Больная скончалась при явлениях нарастающей анемии и коллапса.

Таким образом, у данной больной атония матки возникла во время операции и продолжалась после нее. Консервативные методы остановки кровотечения не дали желаемого результата, однако других мер борьбы с кровотечением и коллапсом предпринято не было (перевязка магистральных сосудов или ампутация матки, внутриартериальное нагнетание крови, введение гидрокортизона, норадреналина и пр.).

Нередкой причиной материнской летальности при кесаревом сечении является эклампсия. Удельный вес эклампсии среди прочих причин материнской летальности составляет, по нашим данным, 14,47%.

Лечение эклампсии претерпело длительную эволюцию, однако до настоящего времени каузальная терапия этой патологии не разработана. Обычно кесарево

сечение при эклампсии делали в тех случаях, когда наряду с ней имелась еще дополнительная акушерская патология или появлялись угрожающие жизни больной симптомы.

В последние годы у многих акушеров появилась тенденция пересмотреть эту линию поведения в лечении эклампсии. Kraatz, Greenhill, Havlásek, Menon, Döderlein и др. считают, что для кесарева сечения при эклампсии, когда имеются частые приступы судорог или появляются угрожающие жизни больной симптомы, мало оснований, поскольку в таких случаях у больной имеются выраженные дегенеративные изменения во внутренних органах, часто необратимого характера. Кроме того, при эклампсии перинатальная смертность достигает высоких цифр. Оба эти обстоятельства привели за последние годы к появлению новой тенденции в ведении позднего токсикоза — прерывать беременность на стадии преэклампсии или тяжелой нефропатии, если правильная консервативная терапия не дает результатов или имеются симптомы нарастания токсикоза (Н. С. Бакшеев, М. А. Петров-Маслаков, Havlásek, Cosgrove, Woodman, Olow и др.). Досрочное родоразрешение производится у таких больных при беременности 35—37 недель.

Хотя многие акушеры, в основном зарубежные, преждевременное родоразрешение рекомендуют производить абдоминальным путем, более правильно искусственно вызывать роды у этих женщин. Вопрос о производстве кесарева сечения может возникнуть только при наличии отрицательного эффекта от применения методов влагалищного родоразрешения или если поздний токсикоз сочетается с другой акушерской патологией (узкий таз, неправильные положения плода и т. д.).

Большой удельный вес среди причин материнской летальности, непосредственно не связанных с самой операцией кесарева сечения, занимает сердечно-сосудистая патология (12,09%). Опыт многих родовспомогательных учреждений свидетельствует о том, что исходы операции кесарева сечения у больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, мало благоприятны — материнская летальность достигает 7,8% (по данным В. А. Хатунцева и М. Д. Ковцевой).

За последние годы появилось много исследований, которые показывают, что правильно организованный уход за беременными, имеющими сердечно-сосудистые заболевания, и применение консервативных методов родоразрешения дают более благоприятные результаты (К. Н. Жмакин, М. К. Венцковский и И. Д. Братанич, К. М. Баженова, D'Esopo, Havlásek и др.). Поэтому кесарево сечение у таких больных следует применять только в необходимых случаях и не считать сердечно-сосудистую патологию как таковую показанием к абдоминальному родоразрешению. Последнее применяется только при наличии у больной дополнительной акушерской патологии (сужение таза, крупный плод и др.) или когда сама акушерская патология требует родоразрешения путем кесарева сечения (предлежание плаценты и пр.). В редких случаях прогрессирующая декомпенсация сердечной деятельности, несмотря на длительную и энергичную терапию сердечной патологии, может явиться поводом для хирургического родоразрешения такой больной.

Что касается остальных причин материнской летальности при абдоминальном родоразрешении — различных экстрагенитальных заболеваний, то смертельные исходы в таких случаях следует предупреждать прерыванием беременности в ранние сроки и рациональным лечением соответствующей патологии. Еще более правильным будет обучение больных применению противозачаточных средств. При ряде заболеваний смертельных исходов на современном этапе развития медицины трудно избежать. Производство кесарева сечения у таких больных является обычно вынужденным мероприятием, и больные погибают от основного заболевания. Такие случаи (87 из 463), по нашим данным, составили 18,8% общего числа смертельных исходов после операции или 0,19% по отношению к общему числу кесаревых сечений (45 535).

По нашим наблюдениям, из 12 женщин, погибших после кесарева сечения, у 3 смертельные исходы зависели от подобной экстрагенитальной патологии.

Подводя итоги сказанному, можно сделать вывод, что в настоящее время, несмотря на снижение материнской летальности после кесарева сечения, имеются достаточные условия для ее дальнейшего снижения, как в

группе причин, связанных с производством операции, так и в группе причин, непосредственно не связанных с самой операцией.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ

Более двух десятилетий назад осложнения в после-родовом периоде после кесарева сечения встречались довольно часто. В. Б. Файнберг наблюдал осложненное течение пуэрперия у 56,4%, Я. Н. Полонский — у 48,5%, Г. М. Фейейртаг — у 50% родильниц.

При анализе современных данных обращает на себя внимание большой диапазон колебаний частоты послеоперационных осложнений: от 2,4% (В. И. Борохович) до 60% (О. В. Канделаки). В среднем на 7277 кесаревых сечений (суммарные данные 25 отечественных авторов) послеоперационные осложнения имели место у 2252 женщин (30,9%).

Такие колебания частоты послеоперационных осложнений зависят как от различной оценки самого понятия «послеоперационные заболевания», так и от различных методик производства кесарева сечения. Дело в том, что одни авторы указывают только те осложнения, которые соответствуют основным нозологическим формам заболеваний, в то время как другие учитывают и просто лихорадочное течение послеоперационного периода. Кроме того, в тех родовспомогательных учреждениях, в которых кесарево сечение производят преимущественно в нижнем сегменте матки, частота послеоперационных осложнений ниже, чем при корпоральном кесаревом сечении.

При оценке непосредственных результатов абдоминального родоразрешения для матери нами учитывалось как лихорадочное течение послеоперационного периода, так и конкретные осложнения. Безлихорадочное течение послеоперационного периода было у немногих женщин. Если температура у больных повышалась до 37,8° в первые 4 дня послеоперационного периода и не было никаких других осложнений, то такие случаи мы расценивали как неосложненные, ибо этот лихорадочный период являлся обычной гипертермической реакцией на операционную травму. Лихорадочное течение послеоперационного периода мы считали тогда, когда

температура в первые четыре дня после операции была неоднократно выше $37,8^{\circ}$ или лихорадящий период продолжался 5 и более дней независимо от величины температурной реакции. При такой оценке частота различных осложнений на 1141 кесарево сечение (исключены 19 случаев надвлагалищных ампутаций матки) составила 44,7%. Только лихорадочное течение послеоперационного периода имело место у 18,2%, а различные заболевания в послеоперационном периоде были выявлены у 26,5% женщин. К ним относятся осложнения со стороны брюшной раны, половых органов, генерализованная инфекция, маститы, осложнения со стороны кишечника, мочевой системы, органов дыхания. У 4 женщин тяжелые послеоперационные осложнения привели к смертельному исходу. Двое больных погибли от сепсиса, одна — от перитонита и одна — от паралитического илеуса (подробнее см. в разделе о материнской летальности после операции кесарева сечения).

Число, характер и тяжесть послеоперационных осложнений совершенно различны в группах женщин, перенесших корпоральное или перешеечное кесарево сечение (табл. 14).

Генерализованная инфекция (тромбофлебит, перитонит, сепсис), по нашим данным, встретилась у 24 женщин, из них у 21 после корпорального кесарева сечения ($t > 2$).

Возникновению послеоперационных осложнений воспалительного характера способствуют многие факторы. К ним относятся: длительность родового акта и безводного периода, характер патологии, явившейся показанием к абдоминальному родоразрешению, наличие кровопотери, частота влагалищных исследований, метод кесарева сечения, особенности обезболивания, своевременность производства кесарева сечения, техника выполнения самой операции и, наконец, ведение послеоперационного периода.

При анализе историй родов, закончившихся абдоминальным родоразрешением, выясняется, что многие врачи не всегда учитывают эти факторы. Известно, что затяжные роды и длительный безводный период увеличивают частоту воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Между тем при преждевременном или раннем отхождении вод роженицам редко про-

Таблица 14

№ п/п	Послеоперационные осложнения	Корпоральное кесарево сече- ние (800 опера- ций)		Перешеечное кесарево сече- ние (341 опера- ция)		t
		коли- чество ослож- нений	%	коли- чество ослож- нений	%	
1	Лихорадочное течение послеоперационного периода	372	46,5	138	40,4	1,9
2	Осложнения со стороны послеоперационного шва:	83	10,7	30	8,8	1,0
	полное расхождение швов с эвентрацией	4	0,5	—	—	2,0
3	Осложнения со стороны гениталий воспалительно- го характера	51	6,4	28	8,2	1,0
4	Генерализованная инфек- ция:	21	2,6	3	0,8	2,4
	тромбофлебиты	12	1,5	2	0,6	
	перитонит	3	0,37	1	0,2	
	сепсис	6	0,74	—	—	
5	Осложнения со стороны кишечника (парез, иле- ус)	6	0,74	3	0,8	
6	Осложнения со стороны мочевой системы вос- палительного характе- ра	6	0,74	2	0,6	
7	Прочие	72	8,7	24	6,9	

филактически назначали антибиотики. Во многих случаях вопрос о производстве кесарева сечения решался с большим запозданием, гемотрансфузии производили только в случае значительного кровотечения при явлениях коллапса, шока и постгеморрагической анемии без учета того, что гемотрансфузия является могучим средством, повышающим сопротивляемость организма к возникновению воспалительных процессов. Производство гинекологических операций обычно сопровождается гемотрансфузией, а при выполнении кесарева сечения это обстоятельство не является правилом.

В послеоперационном периоде больные обычно получали шаблонные назначения (пенициллин, сердечные

средства, круговые банки, гипертоническая клизма). Отсутствовала борьба с обезвоживанием организма, послеоперационным ацидозом, интоксикацией, не применяли средства, нормализующие функцию кишечника, парентеральное белковое питание, витаминотерапия, отсутствовала профилактика тромбоэмболической болезни и т. д.

Согласно нашим наблюдениям, большинство послеоперационных осложнений не носило тяжелого характера. Если учитывать наиболее тяжелые осложнения, при которых прогноз для матери остается серьезным (тромбофлебиты, перитонит, сепсис, илеус, полное расхождение швов брюшной стенки с эвентрацией), то они имели место у 30 из 1141 оперированных, что составляет 2,6%. Почти все больные после проведения соответствующей терапии были выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее количество койко-дней составило 16,3. Это количество не является значительным. Кроме того, почти все больные, за редким исключением, были выписаны в удовлетворительном состоянии после ликвидации имевшихся у них осложнений.

Помимо этих послеоперационных осложнений, которые являются наиболее частыми и, как правило, встречаются на материале других авторов, имели место и другие, более редкие, осложнения.

Двум больным в связи с наличием в послеоперационном периоде непрекращающегося маточного кровотечения было произведено выскабливание матки с удалением остатков плацентарной ткани, а одной—вскоре же после операции был произведен ручной контроль полости матки. Подобные манипуляции надо считать недопустимыми, так как во время кесарева сечения хирург обязан добиться полного удаления последа, используя то же самое выскабливание матки или ручное обследование.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

О заболеваемости и трудоспособности женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, в литературе имеются лишь отдельные указания. Собранные в литературе сведения представлены в табл. 15.

Из табл. 15 следует, что почти вся гинекологическая заболеваемость после операции кесарева сечения каса-

Таблица 15

№ п/п	Автор	Число обследованных женщин					
		всего	нарушение менструальной функции	нарушение трудоспособности (частичное)	наличие болей внизу живота	изменения в половых органах	изменения в рубце брюшной стенке (грыжа)
1	В. П. Вейс	90	24	—	—	—	—
2	Л. Е. Гуртовой, В. И. Сизова	76	15	—	13	—	—
3	Л. В. Юрьева	62	13	1	27	—	—
4	Н. Н. Глебова	42	8	—	12	—	—
5	Л. Ф. Александрова	84	—	—	20	13	—
6	З. Е. Варавко	101	12	4	15	—	1
7	Л. Г. Ефремова	120	5	—	—	18	3
8	И. Г. Мазур, Л. Ф. Шинкарева	179	—	3	11	15	—
9	С. Г. Исрафилбейли	122	—	2	—	9	—
10	В. А. Воропаев	60	10	—	30	12	—
11	М. Н. Кузнецова	150	35	13	81	34	—
12	М. М. Гинзбург, А. И. Николаева	256	—	—	—	7	3
13	Т. М. Гуровская	276	175	18	—	108	—

ется в основном нарушений менструальной функции и различных воспалительных заболеваний половых органов. Нарушения менструального цикла выражались в развитии как гиперменструального, так и гипоменструального синдрома, а у некоторых женщин в алгоменорее. Воспалительные процессы хронического характера обуславливали смещения матки за счет спаечного процесса и сращения матки с передней брюшной стенкой. Боли в большинстве случаев были незначительные, периодические, локализовались внизу живота, в пояснице или в области послеоперационного рубца на брюшной стенке.

К сожалению, почти все авторы при анализе гинекологической заболеваемости после абдоминального родоразрешения не учитывали метод операции. Только Т. М. Гуровская при обследовании женщин учитывала метод кесарева сечения, однако большой разницы в частоте заболеваемости после корпорального или перешеечного кесарева сечения она не выявила.

Нами обследовано 265 женщин, перенесших ранее абдоминальное родоразрешение. Анализ осложнений и заболеваний проведен в зависимости от метода производства операции (табл. 16).

Таблица 16

Осложнения	Общее количество женщин (265 человек)	Перенесшие корпоральное кесарево сечение (168 чел.)	Перенесшие перешеечное кесарево сечение (97 чел.)	t
Практически здоровы	213 (80,4%)	130 (77,4%)	83 (85,6%)	<2
Имеют осложнения:	52 (19,6%)	38 (22,6%)	14 (14,4%)	<2
нарушение менструального цикла	3 (1,13%)	3 (1,78%)	0	<2
боли различной локализации	29 (10,92%)	21 (12,49%)	8 (8,25%)	<2
сращения матки с брюшностеночным рубцом	17 (6,4%)	14 (8,33%)	3 (3,1%)	=2
хронический сальпингофорит	9 (3,4%)	7 (4,17%)	2 (2,05%)	<2
фиксированная ретрофлексия матки	2 (0,75%)	2 (1,19%)	0	<2
послеоперационная грыжа	3 (1,13%)	1 (0,6%)	2 (2,05%)	<2
маточнобрюшностеночный свищ	1 (0,37%)	1 (0,6%)	0	
мочеточниково-влагалищный свищ	1 (0,37%)	Повреждение при надвлагалищной ампутации матки		
Общее количество осложнений	65 (24,5%)	49 (29,1%)	15 (15,4%)	>2

Из приведенных данных видно, что общее количество осложнений больше у женщин, подвергшихся операции корпорального кесарева сечения. Мы не связываем с абдоминальным родоразрешением появление у одной женщины мочеточниково-влагалищного свища, так как он возник после травмы мочеточника во время последующей надвлагалищной ампутации матки. Впоследствии этот свищ был ушит.

Приведенные данные литературы и результаты собственных исследований, естественно, не исчерпывают вопроса о заболеваемости после перенесенного кесарева сечения. Необходимы специальные исследования боль-

шого числа женщин с учетом различных факторов, чтобы получить правильное представление о частоте и характере гинекологической заболеваемости после абдоминального родоразрешения.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Акушерский прогноз для женщины, перенесшей кесарево сечение, не является абсолютно благоприятным. Прежде всего абдоминальное родоразрешение оказывает определенное влияние на детородную функцию женщины. Л. Г. Ефремова наблюдала возникновение бесплодия после абдоминального родоразрешения у 8% оперированных, Л. Ф. Александрова — у 19,9%, З. Е. Варавко — у 23,7%. К сожалению, в этих исследованиях отсутствуют указания о частоте бесплодия в зависимости от метода бывшей операции.

Из 265 обследованных нами женщин, перенесших кесарево сечение, беременность могла возникнуть только у 142, так как из 60 женщин у одних была произведена стерилизация, ампутация матки, а другие пользовались противозачаточными средствами. Об остальных 63 женщинах не получено соответствующих данных, поскольку они были обследованы другими врачами. Из 142 женщин у 17 отмечено стойкое бесплодие, что составляет 12%. В возникновении бесплодия решающую роль играет не сама операция, а возникающие после нее воспалительные процессы в гениталиях. Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев бесплодие у женщин развивается после корпорального кесарева сечения. И. Г. Мазур и Л. Ф. Шинкарева, обследовав 179 женщин, перенесших кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, установили, что бесплодие у них отсутствовало. О незначительном влиянии кесарева сечения в нижнем маточном сегменте на возникновение бесплодия сообщают также Järvinen и Pystynen. Согласно нашим данным, из 17 женщин, страдающих бесплодием, у 14 ранее было произведено корпоральное кесарево сечение, а у 3 — кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Нами не установлена связь между частотой кесарева сечения, произведенного при наличии инфекции в

родах и при ее отсутствии, и частотой возникновения последующего бесплодия.

Остальные 125 женщин, перенесшие кесарево сечение, имели всего 202 беременности. Исход их следующий: искусственный аборт — у 154 женщин (76,8%), самопроизвольный аборт — у 4 (2%), нормальные роды — у 13 (6,4%), преждевременные роды — у одной (0,5%), роды с разрывом матки — у одной (0,5%), повторное кесарево сечение — у 14 (6,9%). Были беременны во время осмотра 15 женщин (7,4%).

Таким образом, кесарево сечение, особенно корпоральное, оказывает определенное влияние на последующую генеративную функцию женщины.

Родоразрешение женщин, перенесших ранее кесарево сечение, представляет важную проблему современного акушерства.

По данным литературы, полученным нами на основании анализа данных 19 отечественных и иностранных авторов (4454 кесаревых сечения), повторная операция произведена у 54,8% женщин. Показания к повторному кесареву сечению можно разделить на три группы.

Первую группу составляют стабильные показания, т. е. такие, которые явились основанием и для производства первого кесарева сечения (анатомически узкий таз, рубцовые изменения шейки матки и влагалища и некоторые другие). Ко второй группе следует отнести показания, которые возникли при данной беременности или родах независимо от перенесенного ранее кесарева сечения (предлежание плаценты, выпадение пуповины и др.). В некоторых случаях нельзя исключить определенного влияния бывшего кесарева сечения на возникновение последующей акушерской патологии. Наконец, в третью группу входят неблагоприятные последствия бывшего кесарева сечения, главным образом в связи с несостоятельностью рубца на матке. Необходимо подчеркнуть, что по сводным данным литературы и нашим наблюдениям, удельный вес показаний, связанных с неполноценностью рубца на матке, составляет 42% по отношению ко всем повторным кесаревым сечениям.

Если первые две группы показаний для повторного кесарева сечения оправданы с акушерской точки зрения, то последнее обстоятельство должно вызывать тревогу. Причиной такой высокой частоты образования

неполноценного рубца на матке, несомненно, является производство корпорального кесарева сечения. По нашим данным, из 119 женщин, подвергшихся повторно кесареву сечению, у 108 первая операция была произведена с продольным рассечением тела матки. Во всех случаях несостоятельности рубца на матке предыдущее кесарево сечение было также корпоральным. Когда женщинам делают только перешеечное кесарево сечение при последующем родоразрешении несостоятельность рубца редко является показанием к повторному кесареву сечению. Так, по данным Hollstein, эта частота не превышает 10,1%, а по данным Lawrence — даже 4,7%.

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Наиболее опасным последствием кесарева сечения является возникновение при последующих беременностях и родах разрывов матки. Частота разрывов матки по рубцу после кесарева сечения стоит в прямой зависимости от метода перенесенной операции. По сводным данным отечественных авторов, из 545 женщин, перенесших в основном корпоральное кесарево сечение, разрывы матки при последующих беременностях и родах возникли у 11,2%. По суммарным данным иностранных авторов, из 15 019 женщин, подвергшихся ранее кесареву сечению в нижнем сегменте матки, разрывы матки возникли только у 1,78%. Нами также обобщены данные 22 отечественных и иностранных авторов, сообщивших наблюдения о разрывах матки по рубцу после кесарева сечения. Оказалось, что из 582 случаев разрыва матки в 84,7% он появился после корпорального кесарева сечения и в 14,43% — после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, т. е. в 6 раз реже.

Siegel, также анализируя сборную статистику, установил, что после классического кесарева сечения во время последующих беременностей и родов разрывы матки наступают примерно в 4%, а после перешеечного — в 0,25% случаев. По наблюдениям Dewhurst, разрывы матки после корпорального кесарева сечения (762 операции) встретились в 2,2%, после перешеечного (1530 операций) — в 0,5% случаев, по данным Menon — соответственно в 11,5 и 2,7% случаев. Необходимо от-

метить, что более половины случаев разрывов матки после корпорального кесарева сечения возникает во время беременности, после перешеечного — в родах (Менон).

Разрывы матки по рубцу, расположенному в области нижнего маточного сегмента, редко сопровождаются развитием шока и коллапса у матери (Вак и Hayden, Eames, Baker и др.). Это обстоятельство обуславливает значительно более низкую материнскую летальность и перинатальную смертность. По наблюдениям Dewhurst, материнская летальность от разрыва матки после перешеечного кесарева сечения отсутствовала, в то время как после корпорального она составила 5%. Большие различия имелись и в перинатальной смертности (соответственно 12,5 и 73%). Менон также приводит подобные результаты: материнская летальность от разрыва матки отсутствовала после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте и была равна 7,7% после классического. На несравненно более легкое течение разрывов матки после перешеечного кесарева сечения указывает Л. С. Персианинов.

Разрывы матки по рубцу после кесарева сечения имеют большой удельный вес среди других причин, их обуславливающих. Среди всех разрывов матки случаи разрыва по ее рубцу, по сборной статистике Управления родовспоможения Министерства здравоохранения СССР, составили 11%. (К. Н. Жмакин, Я. Н. Волков, М. М. Репина), а по данным управления родовспоможения Министерства здравоохранения УССР — 19% (Н. С. Бакшеев). Главной причиной разрыва матки после кесарева сечения является несостоятельность рубца.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТОЧНОГО РУБЦА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В. А. Покровский и В. С. Рабинович одни из первых подвергли гистологическому исследованию иссеченные участки рубцов на матке и установили, что полная мускуляризация рубца наблюдается в 54% случаев, частичная — в 29% и образование фиброзного рубца — в 17% случаев. И. Т. Беляев из 45 исследованных рубцов только 17 признал полноценными, причем в эту группу он

включил случаи со значительным развитием соединительной ткани, но без истончения и воспалительной инфильтрации. И. В. Ильин и Л. Г. Ефремова исследовали в целом 50 маточных рубцов и ни в одном случае не нашли полной его мускуляризации. Л. С. Персианинов, И. В. Ильин, Е. К. Исаева, Е. М. Суханов, М. Ф. Якутина, Л. С. Панкевич, Pedowitz, Schwartz, O'Dwyer считают, что неполноценность маточного рубца зависит от ряда факторов: 1) послеоперационной инфекции; 2) расположения плаценты в области рубца; 3) плохой техники шва; 4) небольшого (до 2 лет) промежутка времени после предыдущего кесарева сечения; 5) значительных склеротических и рубцовых изменений в миометрии; 6) воспалительной инфильтрации в стенке матки и в области рубца; 7) врастания децидуальной оболочки и хориона в рубец. Кроме того, Е. М. Сперанская в некоторых рубцах при гистологическом исследовании находила явления эндометриоза, что, вероятно, способствует возникновению разрыва матки.

Главным критерием полноценности рубца все исследователи считают степень его мускуляризации.

Опубликованные патогистологические исследования маточных рубцов основаны на использовании обычных гистологических методик, позволяющих обнаружить только морфологические изменения в исследуемых тканях. Применение новейших методик, в частности гистохимических, позволяющих обнаруживать особенности обменных процессов в тканях и тем самым определять характер функциональных возможностей ткани, безусловно, должно дать дополнительные сведения, которые позволят более детально выяснить важнейшие закономерности формирования рубца. В настоящее время в литературе накопился большой фактический материал, свидетельствующий о сложных биохимических процессах, возникающих при формировании соединительной ткани. Особая роль при этом принадлежит кислым и нейтральным мукополисахаридам. Такие вещества, как гиалуроновая кислота, хондроитинсульфаты А, В, С и гепарин имеют непосредственное отношение к формированию основного вещества соединительной ткани (С. М. Бычков и В. А. Фомина, Г. В. Орловская, Ю. М. Васильев). Обнаружение этих веществ в сформированной соединительной ткани свидетельствует о пато-

логической дезорганизации межклеточных структур соединительной ткани и глубоких нарушениях обмена, приводящих к явлениям прогрессирующего склероза (А. И. Струков, Г. В. Орловская, Ю. М. Лазовский). В связи с этим представляло большой интерес произвести гистохимическое изучение мукополисахаридов в маточных рубцах и сопоставить данные морфологического и гистохимического исследования с клиникой.

С этой целью нами изучено 19 иссеченных маточных рубцов, из них 15 взяты при повторных кесаревых сечениях, 3 — из участка разрыва матки по рубцу и один рубец после корпорального кесарева сечения был иссечен из небеременной матки во время лапаротомии по поводу кисты яичника.

В качестве контроля изучено состояние маточной стенки 6 женщин, у которых участки миометрия были иссечены во время первого кесарева сечения. Возраст женщин контрольной группы был от 20 до 38 лет. Показаниями к абдоминальному родоразрешению служили: хронический нефрит и эклампсия при беременности 24 недель — у одной; тяжелая форма нефропатии при беременности 26 недель — у одной; сужение таза, переношенная беременность — у одной; запущенное поперечное положение — у одной; злокачественная близорукость (старая первородящая) — у одной и предлежание плаценты — у одной женщины.

Возраст женщин, подвергшихся повторной операции, колебался от 20 до 42 лет. Время, прошедшее после предыдущего кесарева сечения, составляло: у одной женщины — 1 год, у 4 — 2 года, у 3 — 3 года, у 4 — 4 года, у 3 — 5 лет, у одной — 13 лет, у одной — 21 год.

Показаниями к бывшему кесареву сечению явились: анатомически и клинически узкий таз — у 9, слабость родовой деятельности, шеечная дистоция — у 2, рубцовая деформация шейки и влагалища — у одной, отягощенный акушерский анамнез — у одной, предлежание плаценты — у одной женщины. У 5 женщин показания к первому кесареву сечению установить не удалось.

Все женщины, кроме одной, перенесли корпоральное кесарево сечение. Осложненный послеоперационный период был у 7, неосложненный — у 6. У 6 женщин данные о течении послеоперационного периода получить не удалось.

Повторное кесарево сечение (16 человек) было сделано по следующим показаниям: несостоятельность рубца — у 6, сочетание сужения таза с рубцом на матке — у 7, предлежание плаценты — у одной; рубцовая деформация шейки и влагалища — у одной; зашитый мочеполовой свищ — у одной женщины.

У 5 женщин между первым и повторным кесаревым сечением беременностей не было, в 4 случаях имелись несколько искусственных абортов. Повторное кесарево сечение производили в конце беременности или с началом родовой деятельности.

Часть материала, используемого для гистологического и гистохимического исследований, фиксировали в 12% растворе формалина, другую часть — в спиртовом растворе нитрата свинца по Лилли. Все исследования проводили на параллельных парафиновых срезах. Применяли следующие методы окраски гистологических препаратов: гематоксилин-эозином, пикрофуксином, импрегнацию азотнокислым серебром по Футу, окраску на эластические волокна по Харту и в отдельных случаях определяли наличие кальция по Косу. Определение нейтральных мукополисахаридов проводили по методу Шабадаша, Мак Мануса, Хочкиса. Кислые мукополисахариды выявляли толуидиновым синим по Крамеру и Виндруму, а также методом Хейла.

Для дифференцировки мукополисахаридов был использован химический и ферментативный контроль. Инкубация срезов в 1% растворе амилазы позволила исключить наличие гликогена и относить положительную реакцию ШИК (ШИФ + йодная кислота) за счет нейтральных мукополисахаридов и гликопротеидов. С целью дифференцировки кислых мукополисахаридов был использован 1% раствор тестиккулярной гиалуронидазы в физиологическом растворе, связывание метиленового синего при разных рН и метилирование в течение 1—2 часов.

Применяя ферментативный и химический контроль, мы исходили из того, что реакцию метахромазии с толуидиновым синим дают как гиалуроновая кислота, так и сульфатированные мукополисахариды — хондроитинсульфаты А, В, С, а также гепарин. Реакция Хейла (связывание коллоидного железа) является недостаточно специфичной, так как при ней, кроме кислых муко-

полисахаридов, могут окрашиваться и нуклеопротеиды, ретикулин и ряд других веществ (Е. Пирс). Таким образом, ферментативный и химический контроль является обязательным условием для проведения гистохимического исследования мукополисахаридов. Субстратом для тестикулярной гиалуронидазы служат гиалуроновая кислота и хондритинсернистые кислоты А и С, в то время как на хондритинсульфат В и гепарин тестикулярная гиалуронидаза не действует. Способность связывать метиленовый синий при рН ниже 4,0 характерна для сульфатных групп кислых мукополисахаридов. Метилирование в течение 1 часа подавляет метахромазию, обусловленную хондритинсульфатом В, и не снимает метахромазию, связанную с наличием гепарина, которая исчезает лишь после длительного метилирования (Б. Б. Фукс, В. В. Виноградов и Б. Б. Фукс).

В участках миометрия, взятых при первичных кесаревых сечениях (контрольная группа), наблюдалась в основном однотипная патоморфологическая и гистохимическая картина. Обнаруженные при применении обычных гистологических методик в мышце матки изменения соответствовали общеизвестной гистологии миометрия во время беременности и родов.

При гистохимическом исследовании в соединительной ткани и в стенках сосудов миометрия наблюдались явления незначительно выраженной γ - и β -метахромазии, причем в сосудах они выражены резче. При окраске по Хейлу в соединительной ткани и в стенках сосудов изредка обнаруживались вещества, связывающие коллоидное железо. После предварительной инкубации срезов в тестикулярной гиалуронидазе реакция метахромазии и связывания коллоидного железа снимались. Окраска параллельных срезов метиленовым синим при различных значениях рН выявила, что участки, дающие метахромазию и связывание коллоидного железа, не связывали метиленовый синий при рН ниже 4,0. Все это позволяет считать, что в миометрии при беременности и родах происходит накопление незначительных количеств гиалуроновой кислоты, в основном в соединительнотканной строме и стенках сосудов.

При морфологическом исследовании рубцов во всех случаях среди соединительной ткани обнаружены мышечные волокна, однако их количество, состояние и

взаимоотношение с соединительной тканью значительно варьировали. В одном и том же рубце имелись участки, состоящие преимущественно из нормальных, иногда вакуолизированных мышечных волокон, участки, в кото-

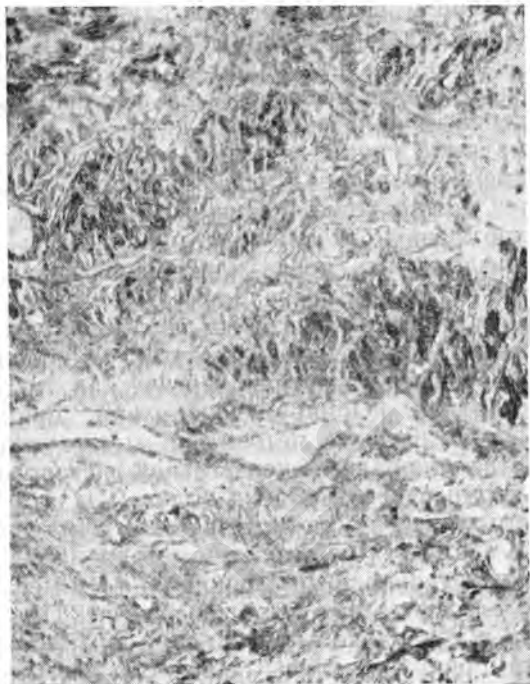


Рис. 1. Атрофия мышечных волокон, расположенных среди соединительной ткани рубца (окраска нитрофуксином. Увеличение 5×20).

рых среди гиализированной соединительной ткани располагались группы и целые поля сдавленных, атрофированных мышечных волокон с утолщенными, огрубевшими ретикулярными волокнами вокруг, и, наконец, участки, в которых только при окраске пикрофуксином обнаруживались единичные и небольшие группы мышечных волокон, вмурованных в соединительную ткань и находящихся в состоянии резко выра-

женной атрофии (рис. 1). Интересно отметить, что степень выраженности мускуляризации рубца в ряде случаев не увеличивалась, а уменьшалась в зависимости от давности его существования.

При исследовании обзорных препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, обращает на себя внимание неоднородность соединительной ткани рубца и отчетливые изменения в его сосудах. В рубце наряду с явлениями гиалиноза отмечались очаговый отек, разволокнение соединительной ткани, особенно вокруг сосудов. Изменения в сосудах наблюдались во всех исследованных рубцах и характеризовались отеком сосудистых стенок, базофилией, значительным очаговым склерозом и деформацией. Соответственно явлениям склероза происходили сужение и деформация просвета сосудов. В ряде рубцов обнаружены явления пристеночного тромбоза сосудов с организацией тромботических масс и организованные реканализованные тромбы, выступающие в просвет сосудов в виде полипозных образований. В 8 из 18 рубцов (кроме рубца, иссеченного из небеременной матки) в стенках сосудов и прилегающих участках соединительной ткани обнаружены явления фибриноидного некроза (рис. 2).

Наиболее отчетливое разнообразие в состоянии соединительной ткани рубца и его сосудов выявлялось при окраске пикрофуксином. Обращало на себя внимание чрезвычайное обилие оттенков окраски соединительной ткани и особенно сосудов — от ярко-красных (в очагах гиалиноза) до бледно-розовых, желтоватых и желтых (соответственно участкам отека, фибриноидного набухания). Природа этих процессов становится ясной при гистохимическом исследовании мукополисахаридов в рубце.

Обработка срезов реактивом ШИФ + йодная кислота в участках склероза и деформации сосудистой стенки выявляла ШИК-положительные вещества. Предварительная инкубация срезов в амилазе не оказывает влияния на окраску этих участков, что позволяет исключить наличие гликогена и считать данные вещества, дающие положительную реакцию ШИК, нейтральными мукополисахаридами и гликопротеидами.

Окраска срезов толуидиновым синим выявила резко выраженную γ - и β -метахромазию, главным образом в

участках, соответствующих местам накопления ШИК-положительных веществ (рис. 3). Однако и за пределами участков со склеротическими изменениями сосудов, а также в участках отека соединительной ткани рубца



Рис. 2. Очаги мукоидного набухания и фибриноидного некроза в деформированном сосуде рубца и окружающей соединительной ткани (окраска по методу ван Гизона. Увеличение 5×10).

наблюдаются явления метахромазии различной степени выраженности. Метахромазия в стенках сосудов спиртоустойчива и не исчезает при обезвоживании срезов, в то время как в соединительной ткани рубца она наиболее отчетлива до обезвоживания. В участках соединительной ткани, имеющих устойчивую по отношению к спирту метахромазию, обычно содержатся в значи-

гельном количестве тучные клетки различной формы и величины с крупной метахроматической зернистостью, которая местами обнаруживается и за пределами тучных клеток (рис. 4).

После инкубации срезов в гиалуронидазе исчезала метахромазия соединительной ткани, частично подав-

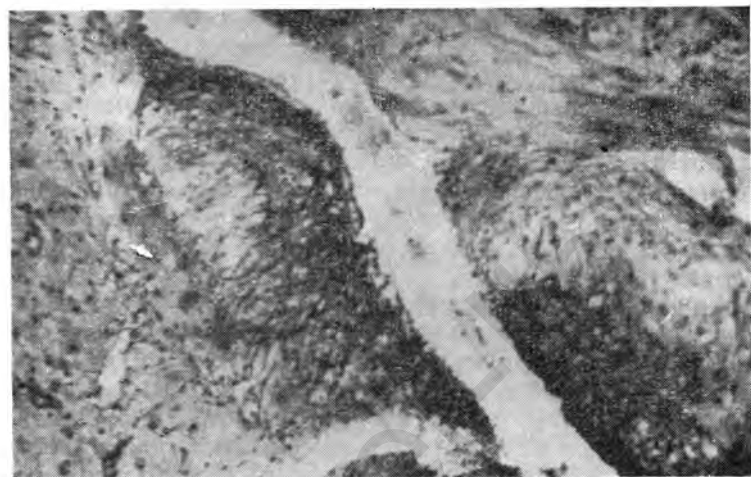


Рис. 3. Резко выраженная очаговая и метахромазия в сосуде рубца (окраска толуидиновым синим, Увеличение 5×20).

лялась метахромазия в стенках сосудов и не изменялась метахромазия тучных клеток. Участки соединительной ткани и стенок сосудов, дающие резко выраженную γ - и β -метахромазию, а также тучные клетки связывали метиленовый синий при рН ниже 4,0 (3,6—3—2,8). Метилирование срезов в течение 1 часа резко снижало метахромазию стенок сосудов и в меньшей степени тучных клеток, после более двухчасового метилирования метахромазия исчезала полностью.

При обработке срезов по Хейлу вещества, связывающие коллоидное железо, обнаруживались в стенках сосудов и в меньшей степени соединительной ткани рубца. Топографически реакция метахромазии и реакция связывания коллоидного железа совпадали, но первая носила более распространенный характер.

Результаты проведенного гистохимического исследования свидетельствуют о том, что в соединительной ткани и стенках сосудов рубца матки после кесарева сечения происходят процессы деполимеризации, которые

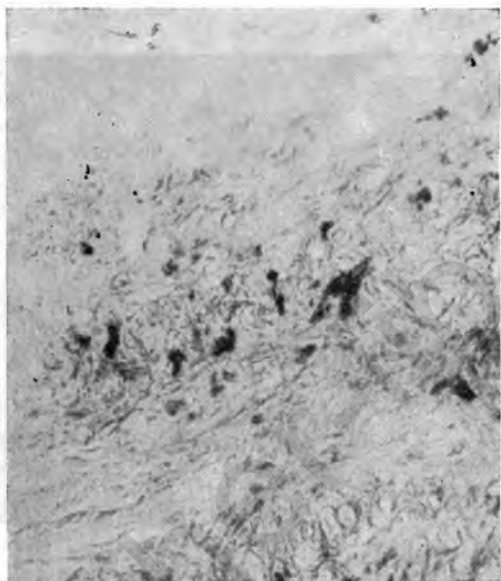


Рис. 4. Тучные клетки в участках рубца с диффузным метахроматическим окрашиванием соединительной ткани (окраска толуидиновым синим. Увеличение 5×20).

документируются появлением комплекса мукополисахаридов. В самой соединительной ткани рубца наблюдается появление и накопление кислых мукополисахаридов, в основном гиалуроновой кислоты, что подтверждает контроль, проведенный с текстиккулярной гиалуронидазой, и окраска метиленовой синью при различных значениях pH. В стенках сосудов имеются более сложные взаимоотношения. В них обнаруживаются не только кислые, но и нейтральные мукополисахариды, а среди кислых не только гиалуроновая кислота, но и хондроитинсульфат В и гепарин. Все это говорит

о глубоких нарушениях обмена в межуточной ткани. Еще более сложные изменения обнаружены в участках, соответствующих очагам фибриноидного набухания. Они характеризовались желтоватым оттенком при окраске соединительной ткани пикрофуксином, неравномерной метахромазией и аргирофилией коллагеновых волокон, возникающей в связи с пропитыванием коллагена фибрином. Указанные процессы свидетельствуют о глубоких изменениях коллагена в межуточной субстанции (Г. В. Орловская, А. И. Струков).

Элементы хориона были обнаружены лишь в 6 из 18 изученных нами рубцов (кроме рубца из небеременной матки), но во всех этих случаях вокруг клеток хориона имели место некробиотические изменения вплоть до появления очагов фибриноидного некроза.

Исследование 3 случаев разрыва матки по рубцу показало, что в одном из них в соединительной ткани и стенках сосудов присутствуют элементы хориона и резко выраженные описанные выше изменения соединительной ткани не только в связи с клетками хориона, но и на всем протяжении рубца, особенно в стенках сосудов. В двух других случаях, кроме этих процессов, были обнаружены пристеночные тромбы в сосудах.

Представляют также интерес обнаруженные в трех рубцах своеобразные изменения эластических волокон. При окраске фукселином наблюдалось неравномерное окрашивание, извитость расположенных пучками эластических волокон, истончение и растворение их. Во многих участках огрубевшие извитые эластические волокна окрашивались основной краской и давали положительную реакцию ШИК. В одном из этих случаев с разрывом матки по рубцу наблюдались своеобразный гиперэластоз и резко выраженная базофилия эластических волокон (рис. 5). Эти изменения можно отнести к так называемой базофильной дегенерации. Они указывают на сложные превращения, приводящее в конечном итоге к распаду эластических волокон (И. О. Ливенас, В. Я. Линец).

В рубце, иссеченном из нижнего сегмента матки, имелись значительные разрастания соединительной ткани и хорошая мускуляризация, которая была выражена в разных участках в неодинаковой степени. Наблюдались также атрофические изменения мышечных воло-

кон. При окраске толуидиновым синим обнаруживалась легкая γ - и β -метахромазия соединительной ткани рубца. Метахроматические вещества в очень небольшом количестве накапливались в стенках сосудов. Эlemen-

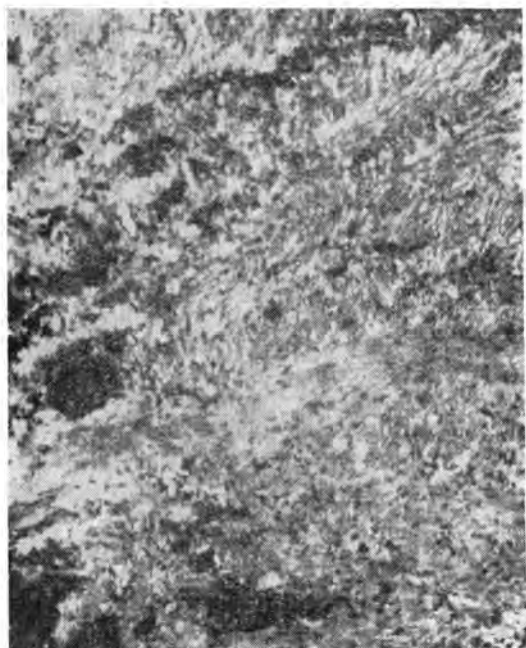


Рис. 5. Гиперэластоз и базофильная дегенерация эластических волокон в рубце (окраска фукселином по методу Харта. Увеличение 5×20).

тов хориона в рубце не найдено. Отсутствовали также процессы дезорганизации в стенках сосудов и их деформация. Нам удалось исследовать маточный рубец, не подвергшийся влиянию беременности, который был иссечен во время лапаротомии по поводу кисты яичника. В литературе мы не встретили такого рода исследований.

В этом рубце имеются явления мускуляризации, однако во многих участках мышечные волокна сдавлены

соединительной тканью и атрофированы. При окраске толудиновым синим в соединительной ткани выявляется значительное количество тучных клеток, иногда целые поля их с наличием внутри и вне клеток зернистой метакроматической субстанции. Как правило, такие скопления обнаруживаются в участках с рыхлой, отеочной, богатой тонкостенными сосудами соединительной ткани, т. е. в участках ее формирования. В тех участках, где имелось много коллагеновых волокон, тучные клетки были единичными. Изменений в сосудах рубца, свидетельствующих о процессах дезорганизации, не обнаружено.

Каково же значение морфологических и гистохимических изменений в маточных рубцах для оценки степени его полноценности?

В маточных рубцах обнаруживается комплекс общепатологических процессов в виде муксидного набухания, фибриноидного изменения и гиалиноза соединительной ткани и сосудов. В ряде случаев происходит разрушение коллагена с освобождением его белковых и полисахаридных компонентов. Все эти данные свидетельствуют о процессах дезорганизации в соединительной ткани рубца и его сосудах. Эти изменения уже сами по себе могут обуславливать неполноценность рубца, особенно если учесть функциональные особенности органа, в котором этот рубец образован. Процессы дезорганизации, приводя к прогрессирующему склерозу, не могут не отразиться на трофике врастающих в рубец мышечных волокон. Даже при полной мускуляризации мышечные волокна затем подвергаются последующей атрофии и гибели, что приводит к демускуляризации ранее мускуляризованных участков рубца. Поскольку атрофия мышечных волокон и демускуляризация рубца наблюдалась также в рубце, иссеченном из небеременной матки, то, по-видимому, этот процесс вообще характерен для развития рубца. Во время беременности появляются процессы дезорганизации соединительной ткани и сосудов рубца, которые усиливают неполноценность рубца. Таким образом, гистохимическое исследование показало, что с течением времени после кесарева сечения прогрессирующий склероз в области рубца приводит к демускуляризации последнего, обуславливая его все большую неполноценность.

Однако для окончательных выводов необходимо дальнейшее накопление подобных данных. Описанные изменения происходят в маточных рубцах вне зависимости от вставания в них элементов хориона. При вставании в рубец ворсин хориона, как правило, обнаруживаются явления фибриноидного набухания и некроза, которые связаны, очевидно, с ферментативной активностью клеточных элементов хориона.

Все указанные процессы оказывают также влияние на судьбу эластических волокон в рубце. По мере формирования соединительной ткани в рубце происходит развитие эластических волокон. Однако те же процессы, которые в конечном итоге приводят к демускуляризации рубца, могут обусловить и обуславливают дегенеративные изменения в эластических волокнах вплоть до их распада.

В рубце, иссеченном из нижнего сегмента матки, выявлены те же закономерности, какие имеются в рубцах, взятых из тела матки. Но при наличии общих черт в этом рубце имелись и отличия. Это касалось отсутствия явлений склероза и деформации сосудов, а также некрозов ткани самого рубца и отсутствия элементов хориона. Конечно, на основании единственного исследования рубца нельзя делать никаких выводов; тем не менее можно предположить, что для формирования функционально полноценного рубца в области нижнего сегмента матки имеется больше благоприятных условий, чем в теле матки. Рубец в теле матки чаще подвергается воздействию ворсин хориона, поскольку плацента чаще всего прикрепляется в этом отделе матки. Если даже отсутствует прикрепление плаценты к области рубца, то не исключено воздействие хориона в первые месяцы беременности, когда его ворсины имеются по всей поверхности плодного яйца. Если же рубец находится в области нижнего сегмента матки, то ворсины хориона могут влиять на него только в случае предлежания плаценты. В первые же месяцы беременности ворсины хориона не достигают области перешейка матки.

И. М. Кишнер высказано предположение, что более высокая функциональная полноценность рубца в нижнем маточном сегменте связана также с меньшей степенью инвагинации слизистой оболочки в шов. Эта ин-

вагинация при корпоральном кесаревом сечении встречается чаще и даже в случае инвагинации незначительных ее участков приводит к значительным структурным изменениям в рубце при менструальных превращениях. Слизистая оболочка в области перешейка матки испытывает относительно небольшие изменения в связи с менструальным циклом.

Таким образом, по-видимому, следует считать, что в рубце матки после кесарева сечения развиваются такие процессы, которые всегда являются морфологическим субстратом его неполноценности. Степень этих морфологических и гистохимических изменений может варьировать. Меньше всего они выражены в рубце, расположенном в нижнем сегменте матки. Независимо от послеоперационного течения, при так называемых полноценных рубцах может возникнуть разрыв матки по рубцу, если в процессе родов появятся условия, хотя бы в небольшой степени затрудняющие изгнание плода.

Отсюда становится ясным, что акушерское будущее женщины, перенесшей корпоральное кесарево сечение, надо всегда считать мало благоприятным. Менее опасен прогноз у тех женщин, которые подверглись кесареву сечению в нижнем маточном сегменте, где разрез матки производится в наименее функционально нагруженном месте и где имеются лучшие условия для формирования более полноценного рубца. Редкость разрывов матки по рубцу после кесарева сечения в нижнем ее сегменте связана, видимо, с этими обстоятельствами.

Для женщины, ранее перенесшей кесарево сечение, исход последующей беременности и родов становится еще более серьезным при узком тазе, разгибательных предлежаниях головки и других осложнениях, затрудняющих процесс изгнания плода.

Тактика врача, ведущего роды у женщины, ранее перенесшей кесарево сечение, должна заключаться в том, чтобы на основании тщательной оценки анамнеза и объективных данных вовремя выявить показания и вовремя произвести повторное кесарево сечение, не допустив, таким образом, возникновения разрыва матки по рубцу.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Если раньше оценку абдоминального кесарева сечения обычно производили на основании ближайших и отдаленных результатов этой операции для матери, то в настоящее время не меньшее значение приобрела оценка исходов для новорожденных. Исход кесарева сечения для плода особенно большое значение приобрел в современном акушерстве, когда получение живого и здорового ребенка нередко является одним из важных показаний к производству этой операции.

Г. А. Бакшт (1934), подытожив результаты абдоминального родоразрешения для детей, установил, что мертворождаемость составила 8,5% (после редукции 8,1%). Смертность новорожденных им не приводится. По сборной статистике Naujoks¹ за 1938 г., перинатальная смертность была равна 9,1%. Schumann² (1939) показал, что в США перинатальная смертность в среднем была равна 8,5%. Представленная ниже по этому вопросу сборная мировая статистика, если учесть огромный суммарный материал, может считаться достаточно достоверной. По суммарным данным 34 отечественных и 56 зарубежных авторов, на 48 009 операций абдоминального родоразрешения, произведенных за 1941—1960 гг., было 3617 случаев гибели детей за счет мертворождаемости и смертности новорожденных, т. е. перинатальная смертность составляет 7,53% ($\pm 0,13$).

Следовательно, за последние десятилетия отмечается некоторое снижение перинатальной смертности. Однако при кесаревом сечении она все еще остается относительно высокой — в $2\frac{1}{2}$ раза превышает таковую при родах через естественные родовые пути.

Прежде чем выяснить основные причины этого явления, необходимо решить вопрос, оказывает ли какое-либо влияние на плод сама операция кесарева сечения.

¹ Цит. по Rötger и Beckers.

² Цит. по McNeill.

Можно предполагать, что кесарево сечение является более бережным методом родоразрешения, чем, например, полостные акушерские щипцы, поворот плода на ножку с последующей его экстракцией, извлечение плода за тазовый конец, роды при узком тазе и слабости родовой деятельности и др.

Вместе с тем в литературе имеются указания, что операция кесарева сечения представляет собой определенный риск для здоровья плода и новорожденного.

Vloxsom, Potter и Rosenbaum обратили внимание на то, что у некоторых детей, извлеченных при кесаревом сечении, сразу же после рождения отмечались симптомы угнетения функции дыхания (цианоз, спадение грудной клетки, хрипы, слабый крик), а также сердечной деятельности. Нередко такие дети погибали между 24 и 48 часами после операции. Этот респираторный синдром назван ими «cesarean section syndrome». Для объяснения этих явлений Vloxsom предложил гипотезу, что во время родов через естественные родовые пути плод постепенно подготавливается к внеутробному дыханию. Этому способствуют ритмичные маточные сокращения, передающиеся на грудную клетку плода, а также сдавление грудной клетки во время прохождения туловища через тазовое дно матери. Landau и сотрудники полагают, что респираторный синдром можно сравнить с явлениями шока у взрослых. Для подтверждения своего довода они ссылаются на увеличение объема спинномозговой жидкости в субарахноидальном пространстве, часто наблюдавшееся на вскрытии таких умерших детей.

Однако при анализе данных этих авторов нетрудно установить, что развитие у детей «cesarean section syndrome» наблюдалось в тех случаях, когда кесарево сечение производили в связи с разрывами матки, поздними токсикозами, предлежанием плаценты и другой тяжелой акушерской патологией. Strang и соавторы, Carey, Lund, Taylor и Ward, Craig и Fraser указывают, что возникновение «cesarean section syndrome» зависит главным образом от тех осложнений беременности и родов, которые служили показаниями к абдоминальному родоразрешению. Важную роль при этом играют также метод обезболивания (наркоз) и степень недоношенности плода. При elective кесаревых сечениях (т. е. та-

ких, при которых патология матери, которая может повлиять на плод, отсутствовала) перинатальная смертность снижалась до 1,8—0,3% (Strang et al., Carey) и была обусловлена недоношенностью (вес плодов менее 1500 г), уродствами, гемолитической болезнью, бронхопневмонией поворожденных.

По собранной и проанализированной нами мировой статистике, на 14 500 кесаревых сечений перинатальная смертность составила 7,6%. Чаще всего (76,2% случаев) причины перинатальной смертности были связаны с различной тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологией матери. Прежде всего сюда относятся предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (48,73% случаев), затем поздний токсикоз (14,95%), разрывы матки (3,44%), сахарный диабет и др.

В 13% случаев перинатальной смертности показаниями к кесареву сечению явились такие осложнения, которые могли привести к гибели плода только при несвоевременном выборе метода абдоминального родоразрешения (клинически узкий таз, дистоция мягких тканей, слабость родовой деятельности, аномалии положения и предлежания плода). Небольшая часть (0,82%) новорожденных погибла в связи с врожденными уродствами, несовместимыми с жизнью. В 10,2% случаев причины гибели детей не были указаны.

Если рассмотреть по этой сборной статистике отдельно смертность новорожденных, то она составляет 4,9%. Среди причин постнатальной гибели детей главное место занимают недоношенность с ателектазами и гиалиновыми мембранами в легких (62,4%) и врожденные уродства (8%). На основании сборной мировой статистики ввиду отсутствия точных данных трудно провести более детальный анализ перинатальной смертности.

По нашим данным, на 1160 кесаревых сечений было извлечено 1172 ребенка (10 двоен, одна тройня). Малых кесаревых сечений (срок беременности до 28 недель, вес плодов до 1 кг) было 30. Таким образом, наш анализ основан на 1142 новорожденных (990 доношенных и 152 недоношенных). Среди недоношенных с весом от 1000 до 1499 г было 20 детей, от 1500 до 1999 г — 51 и от 2000 до 2499 г — 81 ребенок.

Мертворожденных было 62 (5,4%), умерших после родов — 64 (5,7%), т. е. перинатальная смертность составляет 11,1%. В группе мертворожденных доношенных было 38 детей (мертворождаемость 3,7%), недоношенных — 24 (15,8%).

В группе недоношенных операция кесарева сечения была произведена в большинстве случаев при мертвом плоде или явлениях угрожающей внутриутробной асфиксии плода по неотложным показаниям со стороны матери.

Что касается доношенных мертворожденных (38 детей), то анализ историй родов позволил установить следующее. У 24 женщин показаниями к кесареву сечению служили предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Из них 16 женщин поступили в стационар в тяжелом состоянии без сердцебиения плода. У 8 женщин, поступивших в стационар в удовлетворительном состоянии, в процессе ведения беременности был проявлен излишний консерватизм, что явилось, несомненно, одной из важных причин антенатальной гибели плодов. Эти женщины были прооперированы только после появления профузного маточного кровотечения и внутриутробной гибели плодов.

У 6 женщин причина мертворождаемости зависела от нарушения маточно-плацентарного кровообращения вследствие угрожающего или совершившегося разрыва матки. Операция была сделана после длительного периода изгнания и длительной внутриутробной асфиксии плода.

У 2 рожениц мертворождаемость имела место при абдоминальном родоразрешении по поводу клинически узкого таза. Операция была начата, когда плоды несколько часов находились в состоянии начавшейся внутриутробной асфиксии.

У 2 женщин кесарево сечение было произведено по поводу запущенного поперечного положения плода с выпадением пуповины и явлениями угрожающей внутриутробной асфиксии плода.

В 2 случаях мертворождаемость имелась при кесаревом сечении, произведенным по сочетанным показаниям: старая первородящая, переносимая беременность, слабость родовой деятельности, несвоевременное

отхождение вод. Во время операции в одном случае были затруднения с извлечением ребенка, который родился в белой асфиксии и не был оживлен. В другом случае операция была начата при длительных явлениях угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Ребенок был извлечен мертвым.

У одной женщины операция кесарева сечения была произведена на мертвом плоде в связи с полным отсутствием эффекта от неоднократной родостимуляции и развитием сепсиса, вызванным преждевременным излитием вод.

Причину антенатальной гибели одного плода установить не удалось. Кесарево сечение было сделано в связи с узким тазом, слабостью родовой деятельности и наличием крупного плода в тазовом предлежании.

Таким образом, из 38 мертворожденных доношенных детей у многих женщин гибель плода можно было предупредить при своевременном производстве операции.

Среди 64 новорожденных, умерших после родов, недоношенных было 43, доношенных — 21.

В группе недоношенных детей наиболее частыми показаниями к хирургическому родоразрешению были предлежание плаценты (у 25 из 43) и тяжелые формы позднего токсикоза (у 9 из 43). Постнатальная гибель недоношенных детей зависела от возникновения внутричерепных кровоизлияний (у 10), ателектаза легких (у 7), функциональной незрелости (у 4), бронхопневмонии (у 4). У 18 детей причину гибели установить не удалось.

В группе доношенных детей (21) наиболее частыми показаниями к кесареву сечению являлись предлежание плаценты (у 4), бывшее кесарево сечение в сочетании с узким тазом (у 4), угрожающий разрыв матки (у 3). Наиболее часто причины смерти доношенных новорожденных зависели от врожденных уродств (у 5), бронхопневмонии (у 4), внутричерепных кровоизлияний (у 3). У 6 плодов причину смерти установить не удалось.

При анализе причин постнатальной гибели доношенных новорожденных было установлено, что у 6 женщин кесарево сечение было произведено по поводу кровотечения в связи с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Из 6 плодов 5 были извлечены в синей асфик-

син, оживлены, но в течение первых суток умерли. Один ребенок родился с гидроцефалией и умер спустя 2 суток после рождения.

У 2 рожениц абдоминальное родоразрешение было сделано по сочетанным показаниям (ягодичное предлежание плода, слабость родовой деятельности, переносимость, у одной женщины дополнительно имелась угрожающая внутриутробная асфиксия плода, у другой была мертворождаемость в анамнезе). Оба плода имели уродства развития (анэнцефалия, незаращение межжелудочковой перегородки).

Гемолитическая болезнь явилась причиной смерти одного ребенка. В 2 случаях роды были закончены операцией кесарева сечения по поводу угрожающего разрыва матки и угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Один ребенок был извлечен в хорошем состоянии с большой тератомой сакральной области. После операции удаления тератомы ребенок умер. Другой ребенок извлечен в асфиксии и погиб от бронхопневмонии.

У одной женщины кесарево сечение было произведено в связи с переносимостью, пожилым возрастом первородящей, перенесенной операцией энуклеации миоматозных узлов. Ребенок был извлечен в хорошем состоянии, но затем заболел двусторонней бронхопневмонией и через 7 дней после рождения умер.

У одной роженицы кесарево сечение было сделано по поводу запущенного поперечного положения плода с выпадением ручки и пуповины. Плод был извлечен с признаками внутричерепного кровоизлияния и в тот же день умер.

Сочетание сужения таза и перенесенного кесарева сечения послужило показанием к абдоминальному родоразрешению у одной женщины. Ребенок родился со *spina bifida* и спинномозговой грыжей, в период новорожденности присоединился гнойный лептоменингит, и на 7-й день ребенок умер.

У 7 женщин кесарево сечение было сделано по поводу анатомически или клинически узкого таза (у 2 дополнительно было лобное предлежание и асинклитическое вставление головки). Двое детей умерли от внутричерепного кровоизлияния, 2 детей родились в хорошем состоянии, но умерли от двусторонней бронхопневмонии.

Причину смерти остальных 3 детей установить не удалось.

Из этих 7 случаев в 4 были поздно установлены показания к кесареву сечению. Операция была сделана после весьма продолжительного периода изгнания и длительно существующей внутриутробной асфиксии плода.

Анализируя причины смерти доношенных новорожденных, можно сделать вывод, что по крайней мере в 9 случаях из 21 летального исхода можно было бы избежать при условии своевременного производства кесарева сечения и надлежащего ухода за ребенком в периоде новорожденности.

Как показывает анализ сборной мировой статистики, а также собственных данных, 75—78% случаев перинатальной смертности зависят от основной акушерской патологии, которая явилась показанием к родоразрешению путем кесарева сечения. Чаще всего этой патологией являлись предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (по нашим данным, 78 из 126 — 62%). Консервативное ведение родов в этих случаях нередко имеет самые неблагоприятные последствия для матери и плода.

Следовательно, здесь речь может идти о перинатальной смертности не при кесаревом сечении или после, а несмотря на эту операцию.

В остальных случаях перинатальная смертность обусловлена излишним консерватизмом в ведении родов: несвоевременным установлением показаний к абдоминальному родоразрешению, иногда недостаточно квалифицированным его выполнению, а также дефектами ухода в период новорожденности.

Можно ли снизить перинатальную смертность при абдоминальном родоразрешении? Приведенный анализ собственного материала и сборной мировой статистики показывает, что больше половины погибших детей являются недоношенными. Поэтому вопросам антенатальной охраны плода следует придавать особое значение. Но и в этой группе имеется возможность снизить мертворождаемость и смертность новорожденных. В частности, применение рентгенологических методов диагностики предлежания плаценты (везикография, плацентография) может по-

мочь уточнить и форму предлежания, что даст в некоторых случаях возможность оперировать женщин раньше, чем анемизируется больная и погибнет плод, например, при центральном предлежании плаценты.

Что касается доношенных плодов, то для них имеется больше возможностей в снижении мертворождаемости и смертности новорожденных. По нашим данным, примерно в 26 случаях из 59 можно было бы избежать перинатальной смертности при своевременном выставлении показаний к абдоминальному родоразрешению, квалифицированном выполнении самой операции и правильно организованном уходе за новорожденными. В отношении первого условия речь идет прежде всего об относительных степенях сужения таза и учете других причин, обуславливающих клинически узкий таз, когда после многочасового периода изгнания с запозданием решается вопрос об абдоминальном родоразрешении.

Большой практический интерес представляет также вопрос, можно ли при более частом производстве кесарева сечения в целом снизить перинатальную смертность.

П. А. Белошапко, М. А. Петров-Маслаков считают, что необходимо пересмотреть акушерские операции, основываясь на состоянии плода при них, ибо некоторые акушерские ситуации имеют заметный удельный вес в списке причин и обстоятельство мертворождаемости. Все это позволит обнаружить дополнительные резервы в системе профилактики мертворождаемости.

Конечно, частота плодоразрушающих операций должна быть сведена к минимуму. А. Я. Лейн сообщил о 66 плодоразрушающих операциях за 1948—1955 г., причем 14 из них были сделаны на живом плоде.

Vojta, Soldenhoff, Tasch, Puder, Rötger и Beckers указывают на возможность снижения перинатальной смертности путем замены некоторых влагалищных акушерских операций абдоминальным родоразрешением. Однако оценка кесарева сечения в снижении интра- и постнатальной мертворождаемости изучена недостаточно.

Конечно, снижение мертворождаемости путем хирургического родоразрешения может иметь только относительное значение. При разборе современных показаний к абдоминальному родоразрешению нами уделялось

внимание путем снижения перинатальной смертности. Несмотря на это, мы считаем нужным подчеркнуть, что более активное ведение родов, своевременная постановка вопроса о родоразрешении путем кесарева сечения в случаях наличия тазового предлежания плода, поперечного положения, слабости родовой деятельности, угрожающей внутриутробной асфиксии плода, выпадении пуповины, а также у некоторых бездетных женщин позволит во многих случаях значительно снизить перинатальную смертность.

Заболеваемость новорожденных. Мертворождаемость и смертность новорожденных, являясь основными критериями, еще не исчерпывают целиком оценку того или иного метода родоразрешения. Немаловажное значение имеют также частота асфиксий у новорожденных и их заболеваемость.

Литературные данные по этому вопросу неоднородны. Так, В. П. Вейс наблюдала асфиксию у 34% новорожденных, извлеченных с помощью кесарева сечения, а С. Дектаравичюс — только у 6,8% детей.

Столь большая разница в частоте асфиксий, по-видимому, зависит от различной оценки состояния новорожденных сразу же после их извлечения, когда нередко физиологическое апноэ и состояние наркоза принимают ошибочно за легкую степень асфиксии.

По нашим данным, асфиксия встретилась у 297 из 1142 новорожденных (26%). Из них у 135 до операции были отмечены явления угрожающей внутриутробной асфиксии. Белая асфиксия была у 27 новорожденных, 15 из них не были оживлены, 7 — оживлены, но умерли в ближайшее время после операции. Из 270 детей, рожденных в синей асфиксии, 17 (все недоношенные) умерли в период новорожденности.

Таким образом, частота асфиксий у новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, значительно выше, чем при родах через естественные родовые пути.

Анализ историй родов, закончившихся кесаревым сечением, показывает, что относительно высокая частота асфиксий новорожденных при кесаревом сечении связана с тем, что в большинстве случаев абдоминальное родоразрешение было предпринято при тех формах патологии, при которых процент внутриутробной асфиксии особенно высок (табл. 17).

Таблица 17

№ п/п	Показания к кесареву сечению	Количество детей, извлеченных в асфиксии			%
		доно- шенные	недоно- шенные	всего	
1	Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	49	36	85	28,6
2	Анатомически и клинически узкий таз	73	2	75	25,1
3	Угрожающий разрыв матки	31	2	33	11,1
4	Слабость родовой деятельности	27	—	27	9,0
5	Запущенное поперечное положение плода	20	2	22	7,4
6	Поздние токсикозы	4	6	10	3,7
7	Прочие	45	—	45	15,1
	Итого	249	48	297	100

Кроме того, как видно из таблицы, асфиксия новорожденных была обусловлена также акушерской патологией, при которой своевременная операция могла бы уменьшить частоту наступления асфиксии (угрожающий разрыв матки, несоответствие между головкой плода и тазом матери, запущенное поперечное положение и др.).

Кроме акушерской патологии нельзя не учитывать влияние метода обезболивания на возникновение асфиксии новорожденных. Следует отметить, что масочный эфирно-кислородный или внутривенный наркоз, безусловно, оказывает угнетающее действие на дыхательную функцию плода и новорожденного, поскольку плацента не является барьером для обезболивающих средств (Beck и Nold, Pittinger и Morris). Наибольшее угнетение функции дыхательного центра наблюдается при введении барбитуратов, затем хлороформа и эфира (С. Дактаравичюс, Dörr, König, Paton, Umland и др.). Поэтому для плода лучшим методом обезболивания операции кесарева сечения надо считать местную анестезию по Вишневному (Л. С. Персианинов и др.). Известную роль в этиологии асфиксии новорожденных играет возбуждение дыхательного центра плода под

влиянием рефлекторных реакций, вызванных тактильными и температурными раздражениями во время кесарева сечения (М. Д. Гутнер). Как указывает Л. С. Персианинов, особенно сильным это влияние может быть при затруднении в извлечении ребенка.

В литературе почти не освещен вопрос о структуре заболеваемости новорожденных, рожденных абдоминальным путем. По нашим данным (1046 новорожденных), заболевания новорожденных имели место в 7,6% случаев. Наиболее часто встречались внутричерепные кровоизлияния (20,8%), бронхопневмонии (19,5%), гнойничковые заболевания (19,4%).

Анализ каждого случая заболевания новорожденных показал следующее. Внутричерепные кровоизлияния новорожденных наблюдались в тех случаях, когда роды происходили при наличии анатомически и клинически узкого таза. У некоторых женщин клиническое несоответствие между размерами головки и таза привело к угрожающему разрыву матки. У нескольких плодов еще до операции имелись симптомы угрожающей внутриутробной асфиксии. Во многих случаях были поздно установлены показания к кесареву сечению: при явных признаках клинического узкого таза роды велись консервативно. Внутричерепные кровоизлияния в этих случаях являются следствием родовой травмы. Для иллюстрации приводим одно из таких наблюдений.

Роженица М., 24 лет, поступила в городской родильный дом 28/III 1956 г. в 23 час. 30 мин. Роды вторые. Первые роды закончились в 1954 г. перфорацией головки плода. Беременность доношенная. Размеры таза 22—25—27—18 см, диагональная конъюгата 10 см. Головное предлежание плода. Схватки начались 28/III в 22 часа, воды отошли 29/III в 3 час. 30 мин. при полном открытии шейки матки. Признак Вастена положительный. Энергичные потуги начались 29/III в 4 часа, сердцебиение плода ясное, ритмичное. 29/III в 6 час. 30 мин. в связи с наличием клинически узкого таза произведено абдоминальное родоразрешение. Ребенок весом 3200 г извлечен в синей асфиксии с явлениями внутричерепного кровоизлияния и гематомой в мягких тканях теменной области. При наличии сужения таза II степени и отягощенного акушерского анамнеза кесарево сечение надо было произвести уже в первом периоде родов.

Внутричерепное кровоизлияние наблюдалось также у новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, в сочетании с перенесенной беременностью, преэклампсией, предле-

жанием плаценты. В этих случаях наличие отягощающих моментов сыграло роль в появлении асфиксии у плодов с возникновением затем внутричерепного кровоизлияния.

Сравнительно частым заболеванием новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения, являлась бронхопневмония. Многие дети, у которых имелось это осложнение, были рождены в синей и белой асфиксии.

Возникновению бронхопневмоний у новорожденных способствуют многие факторы. Среди них следует указать на асфиксию, ателектаз легких, аспирацию во время родов, внутриутробное инфицирование, охлаждение, нарушение регуляции со стороны центральной нервной системы, неправильное вскармливание и др.

Частыми осложнениями периода новорожденности также были различные инфекционные заболевания (пиодермии, токсикоинфекция, септикопиемия, отит и пр.).

Я. Н. Полонский отмечал более частое возникновение у детей, рожденных путем кесарева сечения, различных гнойничковых заболеваний, пневмоний и других инфекционных осложнений и ставил этот факт в связь с пониженной сопротивляемостью таких детей к возбудителям кокковой инфекции, контактом с лихорадящей матерью, недостаточным уходом и вскармливанием.

По нашим данным, у многих женщин, дети которых страдали различными инфекционными заболеваниями, роды сопровождались длительным безводным периодом, а в послеродовом периоде имели место различные проявления послеродовой инфекции. Столь же большое значение в происхождении этих заболеваний принадлежит дефектам ухода за новорожденными.

Совершенно недопустимы искусственные травматические повреждения плода, сделанные во время производства кесарева сечения. Такие повреждения, по нашим наблюдениям, имели место у 11 плодов. У 9 детей были линейные порезы кожи груди, спинки, плеча, причем у 5 из них потребовалось наложение швов. В 2 случаях кесарево сечение было в нижнем сегменте матки с продольным разрезом, в 7 — корпоральное. Помимо порезов кожи, у одного ребенка возник порез право-

го плечевого нервного сплетения и у одного — перелом левого бедра. Характерно, что ранения кожных покровов не наблюдались у детей, извлеченных при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте, когда производили небольшой поперечный разрез матки с последующим раздвиганием раны пальцами.

Анализ заболеваемости новорожденных, рожденных абдоминальным путем, показывает, что причины ее те же, которые обуславливают перинатальную смертность: акушерская патология, оказывающая влияние на развитие и состояние внутриутробного плода, промедление с производством операции кесарева сечения и недостаточный уход в период новорожденности.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Потенциальная возможность разрыва матки по рубцу после кесарева сечения, особенно после корпорального, при последующей беременности и родах требует обязательного диспансерного наблюдения за такими женщинами.

Для консолидации рубца нужно определенное время, поэтому последующая беременность и роды не должны быть вскоре после перенесенного абдоминального родоразрешения. Как указывает Л. С. Персианинов, промежуток между хирургическим родоразрешением и последующей беременностью (роды) должен быть не меньше 2 лет. Врач, к которому обратилась такая беременная, обязан после тщательного обследования поставить ее в известность о возможных осложнениях во время беременности и родов и возможных методах родоразрешения. При определении прогноза важное значение имеет выяснение метода перенесенного кесарева сечения, показаний, по которым оно производилось, течения послеоперационного периода, характера рубца на матке и других акушерских данных.

Некоторые акушеры для характеристики маточного рубца применяли метрографию, которая позволяет, по их мнению, заранее определить женщин, нуждающихся в производстве повторного кесарева сечения (Baker, Rosetto и соавторы, Foukas, Poidevin и Wockner, Lepage и соавторы, Benzi и Uggeri, Л. Г. Ефремова). Метрографию производят еще до наступления беременности, при боковой проекции и не ранее 6 месяцев после перенесенной операции. Рентгенологическое исследование дает возможность выявить изменение контуров полости матки, выпячивания на передней стенке матки соответственно месту расположения рубца, а также смещения самой матки.

Однако Poidevin и Вокнер, которые произвели наибольшее количество метрографий, показали, что этот метод не является достаточно точным. У 43 женщин они обнаружили конусовидную деформацию полости матки



Рис. 6. Деформация полости и смещение матки у больной дважды перенесшей кесарево сечение.

в области перешейка, однако у многих из них впоследствии имели место нормальные роды, а у других при повторном кесаревом сечении был найден хороший рубец.

Метрография, конечно, не является единственным и важнейшим критерием характеристики маточного рубца, но наряду с другими методами обследования она может играть определенную роль. В этом мы убедились сами, производя метрографию у некоторых женщин, перенесших ранее кесарево сечение (рис. 6).

В данном разделе мы не ставили перед собой задачу рассмотреть особенности ведения спонтанных родов после операции кесарева сечения. Поэтому мы остановимся только на определении показаний к повторному абдоминальному родоразрешению. Если рассматривать проблему родоразрешения женщин, перенесших ранее кесарево сечение, то в решении этого вопроса выявляются две тенденции. Одна из них заключается в обязательном производстве повторного кесарева сечения. Согласно второй, роды после бывшей операции являются допустимыми, а повторное хирургическое вмешательство следует производить только по обоснованным показаниям. Сторонниками обязательного производства повторного кесарева сечения являются американские акушеры (Harris et al., Huber, Baldwin) и некоторые другие. Такой подход к родоразрешению беременных и рожениц, имеющих в анамнезе родоразрешение абдоминальным путем, мотивируется стремлением не допустить случаев разрыва матки по рубцу. Конечная цель является безусловно правильной, но с методом ее достижения согласиться нельзя.

Huber, например, утверждает, что нет надежных критериев, которые позволили бы дать точную характеристику маточного рубца, так как при производстве повторных кесаревых сечений плохой рубец или произошедший разрыв матки — нередкая находка, хотя клинических проявлений до операции якобы не было. Частая «бессимптомность» разрывов матки по рубцу является причиной их запоздалой диагностики. Из этого делается вывод о том, что при наличии рубца на матке самым безопасным методом родоразрешения будет повторное кесарево сечение. Отсюда понятна большая частота повторных кесаревых сечений у американских авторов (до 46%, по данным Rubin и др.).

Ряд зарубежных акушеров, признавая возможность спонтанных родов после перенесенного кесарева сечения, все же настаивает на производстве повторной операции, если женщине раньше было сделано корпоральное кесарево сечение, которое чаще всего приводит к разрыву матки по рубцу (Fleming, Lawler и соавторы, Woodman, Benzi и др.).

Советские и многие зарубежные акушеры считают, что наличие рубца на матке далеко не исключает воз-

возможность самопроизвольных родов и, следовательно, не всегда требует родоразрешения путем повторного кесарева сечения.

Разработкой вопросов ведения беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение, занимались Г. А. Бакшт, Я. Н. Полонский, Л. С. Персианнинов, И. В. Ильин, Н. С. Бакшеев, Cosgrove, Lawler и многие другие акушеры.

Каждая беременная и роженица, перенесшая кесарево сечение, должна быть тщательно обследована в первую очередь для решения вопроса о возможности родов естественным путем. Только при возникновении опасности разрыва матки по рубцу следует производить родоразрешение путем повторного кесарева сечения. Показания к повторному хирургическому родоразрешению отчетливо разграничиваются по трем группам.

Первую группу показаний составляют такие акушерские ситуации, которые явились причиной предыдущего кесарева сечения и не могут быть устранены ни при данных, ни при последующих родах. Я. Н. Полонский определял эти показания как стабильные. Сюда относятся в первую очередь сужения таза IV—III—II степени. Если же у роженицы имеется сужение таза I степени, то вопрос об абдоминальном родоразрешении может возникнуть при наличии несоответствия между размерами головки плода и таза матери. К этой же группе показаний следует отнести остеомалатические и кососмещенные тазы, опухоли таза, рубцовые изменения шейки матки и влагалища, мочеполовые и кишечнополовые свищи в прошлом и настоящем, выраженные варикозные расширения вен шейки матки и влагалища.

Эта группа показаний должна являться основной при решении вопроса о родоразрешении путем повторного кесарева сечения.

Вторую группу показаний составляют осложнения беременности и родов, которые могут заставить делать кесарево сечение, независимо от бывшего ранее абдоминального родоразрешения (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, рак шейки матки и влагалища, шеечные миомы, опухоли яичников, неправильные вставления головки, поперечные и косые положения плода и др.). Эта группа показаний к повторному кесареву сечению по срав-

нению с первой и третьей группами имеет небольшой удельный вес.

К третьей группе показаний для родоразрешения абдоминальным путем следует отнести неполноценный рубец на матке после кесарева сечения, который создает угрозу разрыва матки по рубцу независимо от клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери, часто еще до начала родовой деятельности. Для предупреждения совершившихся разрывов матки по рубцу большое значение имеет современная диагностика угрожающего разрыва матки по рубцу, который по своей клинической картине резко отличается от бандлевского. В этом плане характерна следующая диспропорция: с одной стороны, большая частота (12,4%) разрывов матки по рубцу после кесарева сечения при последующих беременностях и родах, с другой — небольшой удельный вес повторных кесаревых сечений (0,55%) среди остальных показаний к абдоминальному родоразрешению в нашей стране.

Несмотря на указания в литературе, что во многих случаях разрывы матки по рубцу протекают клинически незаметно (Huber, Dewhurst, Baxter и др.), надо помнить, что так называемых бессимптомных разрывов матки не существует. Признаки, указывающие на наличие угрожающего разрыва матки по рубцу после бывшей операции кесарева сечения, детально разработаны Я. Н. Полонским, Л. С. Персианиновым, И. В. Ильиным, А. Б. Гиллерсоном, Л. С. Папкевичем, Н. С. Бакшеевым, И. Т. Беляевым и другими отечественными акушерами. Нам представляется целесообразным при обсуждении вопросов, связанных с оценкой рубца на матке после бывшего кесарева сечения выделить 4 момента, знание которых может помочь врачу правильно принять решение о производстве повторного кесарева сечения с целью предупреждения разрыва матки по рубцу.

I. Признаки, указывающие на неполноценность рубца:

1. Лихорадочное течение послеоперационного периода при предыдущем кесаревом сечении.

2. Нагноение послеоперационного рубца передней брюшной стенки (заживление вторичным натяжением).

Эти факты указывают также на большую вероятность имевшегося воспалительного процесса в матке, в том числе в области ее разреза. Гладкое течение пос-

леоперационного периода, с другой стороны, не означает еще безусловно хорошей консолидации маточного рубца.

3. Данные метрографии.

4. Боли в животе во время беременности.

II. Факторы, указывающие на возможность разрыва матки по рубцу:

1. Наличие данных, перечисленных в пункте I.

2. Расположение плаценты на передней стенке матки.

3. Небольшой (до 2 лет) промежуток времени между бывшей операцией кесарева сечения и настоящей беременностью.

4. Сочетание полноценного, а тем более неполноценного рубца на матке с анатомическим сужением таза, клинически узким тазом, неправильными вставлениями головки, поперечными и косыми положениями плода.

III. Признаки угрожающего разрыва матки по рубцу:

1. Боли в животе, в области рубца, во время беременности (в последнем ее триместре), а при начале родов — вне схватки, усиливающиеся во время схватки.

2. Слабая родовая деятельность.

3. Болезненная и дискоординированная родовая деятельность.

4. Болезненность рубца и его истончение, определяемые пальпаторно.

5. Отсутствие продвижения плода при полном открытии шейки матки, особенно в сочетании с болезненными схватками.

IV. Признаки начинающегося разрыва матки по рубцу. На фоне признаков, перечисленных в пункте III (или без них) появление:

1) кровянистых выделений из родовых путей;

2) тошноты, рвоты (даже однократной), головокружения, чувства тяжести и болей в подложечной области;

3) изменения сердцебиения плода.

Надо учитывать, что в большинстве случаев перечисленная симптоматика неярко выражена, малочисленна (что послужило причиной появления мнения о бессимптомности разрывов матки по рубцу), и только внимательное наблюдение позволит ее не пропустить. Для получения надежных пальпаторных данных реко-

мендуется предварительно дождаться сокращения матки, тогда дефекты в области рубца ясно прощупываются. Они могут быть на значительном протяжении или локализоваться на небольшом участке.

Следует отметить, что при пальпации рубца можно получить надежные диагностические данные большей частью при обследовании тех женщин, которые перенесли корпоральное кесарево сечение. Л. С. Персианинов подчеркивает диагностическую ценность выявленных им признаков — изменения сердцебиения плода, появление у матери тошноты, однократной рвоты, болей в подложечной области, головокружения, обморочного состояния. Все они, выраженные даже в легкой степени, указывают на начинающийся разрыв матки. Г. А. Гутман считает, что нет достаточных оснований выделять понятие «угрожающий разрыв матки по рубцу», ибо наличие известных симптомов указывает на начинающийся или совершившийся разрыв матки. Однако такое мнение справедливо только для отдельных случаев, но не может относиться к большинству акушерских ситуаций, которые приводят к появлению симптомокомплекса угрожающего разрыва матки.

Признаки угрожающего разрыва матки по рубцу после кесарева сечения своеобразны и резко отличаются от известного симптомокомплекса Бандля. Это обстоятельство дало основание А. Б. Гиллерсону специфический симптомокомплекс при разрыве матки по рубцу после кесарева сечения рассматривать как «болезнь оперированной матки».

Появление признаков угрожающего или начинающегося разрыва матки по рубцу является показанием к повторному кесареву сечению в срочном порядке. Поскольку разрывы по рубцу чаще всего встречаются в последние недели беременности, то в случае неполноценности рубца, а также наличия факторов, которые увеличивают вероятность разрыва матки (прикрепление плаценты к передней стенке матки и др.), целесообразно повторное кесарево сечение делать заблаговременно. Л. С. Персианинов рекомендует в таких случаях повторное абдоминальное родоразрешение производить за 10—12 дней до родов. При хорошей консолидации рубца на матке, если возникает необходимость в родоразрешении путем повторного кесарева сечения (сужение

таза, поперечное положение плода), то оно производится в начале родов.

Во время повторной операции кесарева сечения нередко встает вопрос о стерилизации в целях профилактики разрыва матки, опасность которого после неоднократного кесарева сечения возрастает. Это обстоятельство иногда забывается, иначе нельзя объяснить опубликованные случаи многократного производства одной и той же женщине хирургического родоразрешения. McNeill за 10 лет собрал 112 случаев производства женщине 4-го и 5-го кесарева сечения. Среди 74 женщин, которые были родоразрешены повторным кесаревым сечением, пятеро перенесли 4, двое — 5 и одна — 6 кесаревых сечений. Penkert описал случай производства беременной шестого, Hausser и Норре — даже седьмого кесарева сечения.

В отечественной литературе подобных случаев не опубликовано. По нашим данным, из 119 повторных операций 5 женщинам было произведено третье кесарево сечение.

В литературе отсутствует единая точка зрения о том, когда женщине после операции кесарева сечения показана стерилизация. И. Т. Беляев рекомендует производить перевязку труб при третьем кесаревом сечении, а если оно делается по стабильным показаниям, то и при второй операции. Л. С. Персианинов считает целесообразным осуществлять стерилизацию при повторном кесаревом сечении, Lawler и соавторы, Netter — при третьей операции.

Нам кажется, что при решении этого вопроса надо исходить не только из оценки количества перенесенных кесаревых сечений. Прежде всего имеет значение метод операции. Если первое и повторное кесарево сечение являлось корпоральным, то, безусловно, при повторной операции следует производить стерилизацию. Тем более показана стерилизация, если повторное кесарево сечение делается по поводу зашитого в прошлом разрыва матки. При перешеечном кесаревом сечении (первом и втором) стерилизацию можно произвести и во время третьего кесарева сечения. Немаловажное значение имеет и наличие у матери живых детей. Абдоминальное родоразрешение может быть произведено по таким показаниям, которые не гарантируют получение

живого ребенка (предлежание плаценты и др.). Поэтому надо тщательно взвесить все обстоятельства, прежде чем приступить к стерилизации бездетной или имеющей одного ребенка женщины. Вопрос о стерилизации надо всегда согласовать с самой женщиной. Своевременное стационарное наблюдение во время последующей беременности в значительной мере снижает возможность неблагоприятного исхода разрыва матки по рубцу, если таковой и будет иметь место.

Не касаясь ведения спонтанных родов после перенесенного кесарева сечения, необходимо остановиться на одном вопросе, относящемся к диагностике разрыва матки по рубцу. Недоучет анамнестических данных и невнимательность во время ведения родов после бывшего ранее хирургического родоразрешения может привести к тому, что совершившийся разрыв матки будет просмотрен. Поэтому надо считать обязательным производство ручного контроля полости матки после влагалищного родоразрешения у всех рожениц, в анамнезе которых имеется перенесенное кесарево сечение. В. М. Уткин, З. Ф. Дробеня, Wilson, Baker, Baxter и другие авторы приводили примеры, когда при ручном обследовании полости матки «неожиданно» обнаруживался разрыв ее по рубцу.

В заключение необходимо отметить, что беременные женщины, которые раньше подвергались хирургическому родоразрешению, должны находиться под тщательным врачебным наблюдением. Таких женщин необходимо госпитализировать за 2 недели до срока родов, а при наличии неполноценного рубца на матке — за 4—5 недель в такое родовспомогательное учреждение, где им может быть в любое время оказана квалифицированная акушерская помощь.

ЛИТЕРАТУРА

- Агаронов А. М. Врач дело, 1948; 5, 399—402.
- Агаронов А. М. Труды Ереванского медицинского института
Ереван, 1960, в. XI, стр. 305—309.
- Агаронов А. М. Оперативное акушерство. Ереван, 1961.
- Акимова И. А. Акуш. и женск. бол., 1934, 45, 1, 35—40.
- Акопян Е. С. Труды Самаркандского медицинского института.
Самарканд, 1937, т. 1, стр. 41—45.
- Александров Е. К. Акуш. и гин., 1962, 6, 20—24.
- Александров М. С. Акуш. и гин., 1941, 5, 46—48.
- Александрова Л. Ф. Сборник научных трудов врачей Новгород-
ской области. Новгород, 1960, в. II, стр. 126—132.
- Александрова М. И. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 1, 50—52.
- Анисимова М. И. и Фой Л. М. Труды Саратовского медицин-
ского института. Обезболивание и ускорение родов. Вопросы аку-
шерско-гинекологической патологии. Саратов, 1962, т. 40/57,
стр. 92—99.
- Асатиани Г. А. Третья межреспубликанская конференция акуше-
ров-гинекологов Азербайджана, Армении и Грузии. Ереван,
1959, стр. 30—31.
- Баженова К. М. В кн.: Сердечно-сосудистая патология и бере-
менность. Л., 1959.
- Бакшеев Н. С. Педиат. акуш. и гин., 1954, 4, 24—28.
- Бакшеев Н. С. Сборник научных работ медицинского факультета
Ужгородского университета. Львов, 1957, в. 1, стр. 75—77.
- Бакшеев Н. С. Акуш. и гин., 1964, 6, 15—17.
- Бакшт Г. А. Абдоминальное родосечение (кесарское сечение) в
современном акушерстве. Воронеж, 1934.
- Бакшт Г. А. Сов. мед., 1940, 9, 15—19.
- Бабчук Л. С. Труды 1-й Всероссийской конференции акушеров и
гинекологов. М., 1958, стр. 88—89.
- Беккер С. М. Токсикозы беременных. Практическое акушерство.
Киев, 1958, стр. 247—269.
- Беккер С. М., Матвеева О. Ф., Кобозева Н. В. Гипертониче-
ская болезнь и беременность. Л., 1959, стр. 5—12.
- Белоглядова Н. И. и Коровина Т. Н. Сов. мед., 1958, 3,
131—132.
- Белошанко П. А. Вестн. акад. мед. наук СССР, 1960, 10, 45—54.
- Белошанко П. А. Акуш. и гин., 1950, 6, 18—23.
- Белошанко П. А. Труды 1-й Всероссийской конференции акуше-
ров и гинекологов. М., 1958, стр. 50—56.
- Белошанко П. А. Акуш. и гин., 1956, 6, 51—53.
- Беляев И. Т. Беременность и роды после операции кесарского се-
чения. Дисс. канд., Челябинск, 1956.
- Богач А. М. Акуш. и гин., 1936, 11, 1378—1379.

- Богоров Н. И. *Вопр. пед., охр. мат. и дет.*, 1951, XIX, 6.
- Бойко П. А. *Врач. дело*, 1939, 4, 265—266.
- Борохович В. И. *Азербайджанск. мед. журн.*, 1961, 4, 51—54.
- Брауде И. Л. *Акуш. и гин.*, 1938, 1, 55—58.
- Брауде И. Л., Персианинов Л. С. *Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии*. М., 1962.
- Бубличенко Л. И. *Гин. и акуш.*, 1927, 3, 265—274.
- Бурханов А. И. *Акуш. и гин.*, 1957, 4, 55—57.
- Бурханов А. И. *Акуш. и гин.*, 1958, 5, 49—50.
- Буханов Я. Г. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1963, 1, 73—76.
- Бычков С. М. *Усп. совр. биол.*, 1949, 27, 2, 298—312.
- Бычков С. М. и Фомина В. А. *Вопр. мед. хим.*, 1955, 1, 1, 26—28.
- Ванина Л. В. *Акуш. и гин.*, 1960, 3, 95—99.
- Варавко З. Е. Ближайшие и отдаленные результаты кесарского сечения при преимущественно поперечном истмическом разрезе. В кн.: *Акушерско-гинекологическая практика*. Л., 1960, стр. 176—186.
- Васильев Ю. М. *Соединительная ткань и опухолевый рост в эксперименте*. М., 1961.
- Василькова А. А. *Труды Ижевского медицинского института*. Ижевск, 1949, т. 8, стр. 236—240.
- Вейс В. П. *Акуш. и гин.*, 1952, 3, 41—44.
- Верхацкий Н. П. *Труды научно-практической конференции акушеров и гинекологов Украины*, Киев, 1958, стр. 85—94.
- Виноградов В. В. и Фукс Б. Б. *Арх. пат.*, 1961, 2, 74—77.
- Власов-Денисов В. Н. *Двадцатилетний опыт лечения эклампсии*. Дисс. докт. М., 1954.
- Волох-Исаева М. Н. *Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники Ташкентского медицинского института*. Ташкент, 1947, стр. 127—139.
- Вольперт Е. И. *Профилактика и лечение травматического шока в клинике*. Под ред. действительного члена АМН СССР, проф. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Воропаев В. А. *Сборник трудов Курского медицинского института*, 1955.
- Гарфункель П. Я. *Гин. и акуш.*, 1934, 6, 58—62.
- Гентер Г. Г. *Акушерский семинар*. Т. II. Л., 1932.
- Гентер Г. Г. *Учебник акушерства*. Л., 1938.
- Гентер Г. Г. *Сборник научных трудов Ленинградского отделения Всероссийского научного общества врачей акушеров-гинекологов*. М., -Л., 1938, т. 1.
- Гиллерсон А. Б. и Бакиева Р. Г. *Акуш. и гин.*, 1957, 2, 59—62.
- Гиллерсон А. Б. *Акуш. и гин.*, 1962, 5, 93—95.
- Гинзбург М. М. *Акуш. и гин.*, 1955, 3, 70—70.
- Гинзбург М. М., Николаева А. И. *Акуш. и гин.*, 1961, 3, 50—53.
- Глебова Н. Н. *Модификация операции кесарского сечения*. Сборник научных трудов Башкирского медицинского института. Уфа, 1949, т. 9, стр. 105—108.
- Глебова Н. Н. *Сборник научных трудов Башкирского медицинского института*. Уфа, 1961, т. 12, стр. 298—304.
- Глебова Н. Н. *Влияние операции кесарева сечения по расширенным показаниям на здоровье матери и плода*. Дисс. канд. Уфа, 1961.

- Гридчик Л. П. Сборник научных трудов кафедры акушерства и гинекологии Архангельского медицинского института. Архангельск, 1957.
- Груздев В. С. и Тимофеев А. И. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930, стр. 142—152.
- Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Берлин, 1922, т. 2, ч. 2, стр. 374—399.
- Гуровская Т. М. Сравнительная оценка некоторых методов брюшностеночного кесарева сечения. Дисс. канд. М., 1960.
- Гуровская Т. М. Акуш. и гин., 1963, 1, 85—88.
- Гуртовой Л. Е. и Сизова В. И. Акуш. и гин., 1954, 5, 49—52.
- Гурьянова А. Г. Журн. акуш. и женск. бол., 1926, 37, 3, 292—294.
- Гусаков Л. А. Акуш. и гин., 1939, 11, 64—66.
- Гусаков Л. А. Гин. и акуш., 1929, 1, 60—63.
- Гуткин К. А. Сборник научных работ врачей Карельской АССР. Петрозаводск, 1958, в. 1, стр. 91—95.
- Гутман Г. А. Акуш. и гин., 1960, 5, 45—48.
- Гутман Г. А. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 5, 63—65.
- Гутнер М. Д. Интранатальная асфиксия плода. Красноярск, 1958.
- Давыдов С. Н. Акуш. и гин., 1955, 6, 49—54.
- Дактаравичюс С. Труды 7-й Республиканской научной конференции врачей акушеров-гинекологов Литовской ССР. Вильнюс, 1962, стр. 94—94.
- Дика-Костюченко О. И. Пед., акуш. и гин., 1961, 2, 47—48.
- Дробеня З. Ф., Саватеев К. Н. Тезисы докладов 2-й республиканской конференции акушеров и гинекологов. Минск, 1961, стр. 26—27.
- Егоров А. Н. Итоговая годовая научная сессия Украинского института усовершенствования врачей. Авторефераты научных работ. Харьков, 1958, стр. 11—12.
- Егоров А. Н. Сборник научных трудов по акушерству, гинекологии и педиатрии, Харьков, 1960, стр. 20—28.
- Елкин М. В. Сов. мед., 1940, 19, 27—29.
- Ефремова Л. Г. 1-я Сибирская межобластная конференция акушеров-гинекологов. Томск, 1958, стр. 24—26.
- Жмакин К. Н., Волков Я. Н., Репина М. М. Акуш. и гин., 1952, 3, 30—40.
- Жмакин К. Н. Акуш. и гин., 1952, 4, 31—42.
- Жмакин К. Н. Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. М., 1954, стр. 384—401.
- Жмакин К. Н. Акушерский семинар. М., 1960, стр. 196—227.
- Жмакин К. Н. Сборник научных трудов Института акушерства и гинекологии. М., 1961, стр. 29—31.
- Закорко С. Н. О лихорадочных осложнениях после операции кесарева сечения. Автореферат канд. дисс. Днепропетровск, 1954.
- Занченко П. В. Труды Казанского медицинского института. Казань, 1935, стр. 4.
- Златман А. Ф. Гин. и акуш., 1935, 2—3, 135—135.
- Золтан И. Труды X Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1961, стр. 146—147.
- Ильин И. В. О ведении беременности и родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Дисс. канд. Минск, 1957.
- Ильин И. В. Здравоохр. Белоруссии, 1956, 11, 25—28.

- Ильин И. В. Материалы научной сессии Минского медицинского института. Минск, 1958, 85—87.
- Ильина Н. В. Непосредственные и отдаленные результаты кесарева сечения для матери и плода. Автореферат дисс. канд. Оренбург, 1961.
- Ильина Н. В. Вопросы акушерства и гинекологии. Оренбург, 1961, стр. 72—75.
- Исаева Е. К. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957, стр. 29—42.
- Исрафилбейли С. Г. К вопросу о кесарских сечениях при относительных показаниях. Автореф. дисс. канд. Баку, 1960.
- Калганова Р. И. Клинически узкий таз. Автореф. дисс. докт. М., 1960.
- Канделаки О. В. Сравнительная оценка классического и цервикального кесарева сечения. Тбилиси, 1957.
- Капустина З. А. Акуш. и гин., 1957, 3, 96—98.
- Карась З. Л. Проблемы акушерства и гинекологии. Сборник научных трудов, Донецк, 1939, стр. 278—283.
- Кашинский А. В. Руководство по акушерству и гинекологии, 1961, т. 6, стр. 203—234.
- Кейлин С. Л. Акуш. и гин., 1939, 1, 113—114.
- Кейлин С. Л. Причины и профилактика мертворождаемости. М., 1948.
- Кейлин С. Л. Акуш. и гин., 1960, 2, 71—75.
- Кишнер И. М. Бюлл. Читинского отделения Всесоюзного научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов. Чита, 1960, в. 4, стр. 54—55.
- Клейн С. М. Акуш. и гин., 1941, 9—10, 44—46.
- Коган А. А. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957, стр. 43—51.
- Коган М. З. 150 лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. Л., 1947, т. 2.
- Коган М. З. Акуш. и гин., 1954, 3, 37—40.
- Кузнецова М. Н. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 3, 5, 59—62.
- Кулик О. П. Некоторые вопросы патологии беременности и родов. Винница, 1960, 63—73.
- Лазаревич А. И. Беременность при туберкулезе. М., 1956.
- Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. М., 1947.
- Ланковец А. В. Вопр. охр. мат. и дет., 1958, 3, 5, 52—59.
- Лебедев А. А. Акуш. и гин., 1950, 4, 14—22.
- Лебедев Н. П. Брюшностеночное родоразрешение (кесарское сечение) по способу поперечного разреза в перешейке матки (экспериментально-клиническое исследование). Дисс. докт. Горький, 1949.
- Лейн А. Я. К снижению плодоразрушающих операций. Итоги научной конференции за 1955 г., посвященной 20-летию Новосибирского медицинского института. Новосибирск, 1956, стр. 174—175.
- Либерман Г. Я. и Серова. Т. А. Акуш. и гин., 1963, 4, 129—130.
- Ливенас И. О. Арх. пат., 1961, 10, 46—52.
- Линец В. Я. Арх. пат., 1961, 5, 52—58.
- Лопатченко О. И. К вопросу о шейной дистонии в родах. Автореф. дисс. канд. Барнаул, 1961.

- Лурье А. Ю. Практическое акушерство. Киев, 1958, стр. 381—404, 463—469.
- Ляшенко М. С. К вопросу о разрывах матки. Дисс. канд. Киев, 1954.
- Мажбиц А. М. и Стальский Ю. И. Сборник трудов Архангельского медицинского института. Архангельск, 1957, т. 17, стр. 260—266.
- Мазур И. Г. и Шинкарева Л. Ф. Вопросы физиологии и патологии родового акта. Л., 1958, в. 1.
- Макеева О. В. Профилактика заболеваемости матерей и новорожденных. М., 1957.
- Малиновская С. Я. Роды при переднетеменном вставлении головки (асинклитизме). Автореферат, дисс. канд. М., 1956.
- Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., 1955.
- Маненков П. В. Акушерская госпитальная клиника. М., 1959, стр. 185—191.
- Маненков П. В. Акуш. и гин., 1958, 5, 44—49.
- Маркарян П. А. 3-я Межреспубликанская конференция акушеров-гинекологов Азербайджана, Армении и Грузии, Ереван, 1959, стр. 39—40.
- Маркина В. П. Труды Воронежского медицинского института. Воронеж, 1961, т. 43, стр. 181—182.
- Маркина В. П. Акуш. и гин., 1962, 2, 68—73.
- Махмудбекова М. К. Беременность и роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Автореф. дисс. докт. Баку, 1960.
- Мирович Д. Ю. XI Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. Тезисы докладов. М., 1963, стр. 178—179.
- Михайлов В. П. Терехова А. А. Акуш. и гин., 1960, 4, 43—53.
- Михайлов В. П., Терехова А. А. Акуш. и гин., 1957, 5, 58—77.
- Мовшович Р. И. и Никитина Г. К. Сборник трудов Новокузнецкого института усовершенствования врачей. Новокузнецк, 1960, т. 28, стр. 244—250.
- Могилев М. В. Сов. мед., 1951, 8, 12—14.
- Молчанова Г. Я. Лицевое предлежание плода. М., 1960.
- Мошков Б. Н. Акуш. и гин., 1954, 4, 3—5.
- Наумов А. Н. Труды Новосибирского института усовершенствования врачей и Медицинского института. Новосибирск, 1939, т. 12.
- Никитина Ю. В. Сборник научных трудов Ярославского медицинского института. Ярославль, 1960, в. 24, стр. 99—104.
- Николаев А. П. Практическое акушерство. Киев, 1958, стр. 310—316; 348—371; 204—225.
- Николаев А. П. Труды Республиканской научно-практической конференции акушеров-гинекологов Украины. Киев, 1958, стр. 29—48.
- Никончик О. К. Акуш. и гин., 1954, 4, 10—19.
- Ольшанецкий А. М. Врач. дело, 1940, 2, 97—98.
- Орловская Г. В. В кн.: Симпозиум по соединительной ткани. М., 1960, стр. 173—178.
- Орловская Г. В. Арх. пат., 1958, 10, 48—49.
- Павлова Л. С. Вопросы акушерско-гинекологической помощи. М., 1962, в. 1, стр. 39—40.

- Пальмов А. Ф. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930.
- Панкевич Л. С. Разрывы матки у беременных и рожениц, перенесших операцию кесарева сечения. Дисс. канд. Киев, 1957.
- Папаташвили М. Е., Асатиани Г. К., Месхи Э. С. Сборник трудов Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии. Тбилиси, 1960, стр. 184—189.
- Пермская В. А. Ближайшие и отдаленные результаты после операции кесарева сечения, произведенной по поводу слабости родовой деятельности. Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой систем у беременной и небеременной женщины. Л., 1961, в. 2, стр. 190—197.
- Персианинов Л. С. Разрывы матки. М., 1952.
- Персианинов Л. С. Сов. мед., 1952, 3, 32—34.
- Персианинов Л. С. Местная анестезия по Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. М., 1955.
- Персианинов Л. С. Акуш. и гин., 1956, 4, 20—24.
- Персианинов Л. С. Акушерский семинар, т. I. Минск, 1957; т. II, Минск, 1960.
- Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного М., 1961.
- Персианинов Л. С. XI Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. Тезисы докладов. М., 1963, стр. 42—46.
- Персианинов Л. С. Вопр. охр. мат. и дет., 1963, 1, 8—16.
- Персианинов Л. С., Умеренков Г. П. Акуш. и гин., 1960, 4, 26—33.
- Персианинов Л. С. и Малиновская С. Я. Акуш. и гин., 1962, 6, 3—11.
- Персианинов Л. С. Акуш. и гин., 1964, 5, 3—10.
- Перфильева И. Ф. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, М., 1957, 89—95.
- Петербургский Ф. Е. Хирургическое лечение доброкачественных кист и кистом яичника. М., 1958.
- Петров И. Р. Травматический шок. Под ред. действительного члена АМН СССР проф. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Петров-Маслаков М. А. Поздние токсикозы беременности. Л., 1955.
- Петров-Маслаков М. А. Акуш. и гин., 1961, 2, 9—16.
- Петров-Маслаков М. А. Белорусское научное общество акушеров и гинекологов. Тезисы докладов 2-й республиканской конференции акушеров и гинекологов. Минск. 1961, стр. 65—65.
- Петров-Маслаков М. А. Акуш. и гин., 1964, 6, 4—9.
- Петченко А. И. Клиника и терапия слабости родовой деятельности. Л., 1956.
- Петченко А. И. О некоторых современных методах ведения родов. В кн.: Вопросы физиологии и патологии родового акта. Л., 1958, в. 1.
- Петченко А. И. Гемолитическая болезнь новорожденных. Л., 1958.
- Петченко А. И. и Поликтова Л. М. Вопр. охр. мат. и дет., 1959, 2, 46—49.
- Покровский В. А. и Рабинович В. С. Гин. и акуш., 1930, I, 25—42.
- Покровский В. А. Инфильтрационная анестезия по методу А. В. Вишневского в гинекологической и акушерской практике. Воронеж, 1954.

- Покровский И. А. Узкий таз в клиническом отношении. Автореферат дисс. докт. Рязань, 1959.
- Пойзнер Б. С. Сборник научных работ, посвященный памяти проф. Н. И. Березнеговского. Иркутск, 1946.
- Полонский Я. Н. Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения. М., 1939.
- Полонский Я. Н. Сов. мед., 1952, 3, 29—32.
- Полонский Я. Н., Ильина Н. В. Акуш. и гин., 1956, 4, 24—28.
- Пономарев А. Ф. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. М., 1925, стр. 319—324.
- Попадопулос И. В. Акуш. и женск. бол., 1934, 45, 1, стр. 54—56.
- Роговенко С. С. Рак влагалища. Л., 1954.
- Рожнова Л. В. В кн.: Сердечно-сосудистая патология и беременность. Л., 1959, стр. 154.—160.
- Романова Е. П. Беременность и роды при сахарном диабете. М., 1963.
- Рудакова А. С. Сборник работ, доложенных на 16-й научной сессии Волгоградского медицинского института. Волгоград, 1956, стр. 121—122.
- Рыбкина Н. Ф. Заболевания сердца и беременность. Горький, 1960.
- Саватеев К. Н. Ведение беременности и родов при предлежании плаценты. Автореф., дисс. канд. Минск, 1959.
- Саватеев К. Н. Здравоохр. Белоруссии, 1959, 4, 29—32.
- Савельева Г. М. Течение и ведение родов, осложненных эндометритом. Автореф. дисс. канд. М., 1959.
- Салганник Г. М. В кн.: Очерки акушерской патологии и оперативного акушерства. М., 1954, стр. 73—118.
- Сенкевич Б. Я. Применение аминазина в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1962, стр. 76—90.
- Сердюков М. Г. Сов. мед., 1939, 15, 29—31.
- Серова Т. А. Операция кесарева сечения при предполагаемой или клинически выраженной инфекции организма женщины. Дисс. канд. Свердловск, 1954.
- Серова Т. А. Труды 20-й годичной научной сессии Свердловского медицинского института. Свердловск, 1957, в. 22, стр. 231—233.
- Серова Т. А. В кн.: Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой систем у беременной и небеременной женщины. Л., 1961, в. 2, стр. 198—204, 205—209.
- Сироткина Ф. С. Труды Воронежского медицинского института, т. 24. Травматизм, шок и острые кровопотери в акушерстве и гинекологии. Воронеж, 1956, т. 24, стр. 74—80.
- Скробанский К. К. Акуш. и женск. бол., 1933, 44, 5, 273—281.
- Скробанский К. К. Акуш. и женск. бол., 1935, 46, 4, 257—264.
- Сперанская Е. М. В кн.: Рефераты научных работ итоговой научной сессии Свердловского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества. Свердловск, 1960, стр. 70—72.
- Ставская Е. Я. Акуш. и гин., 1939, 1, 105—109.
- Степанов П. А. В кн.: Акушерская госпитальная клиника. М., 1959, стр. 295—299.
- Степанова П. А. Труды Смоленского медицинского института. Смоленск, 1955, т. 5.

- Струков А. И. В кн.: Симпозиум по соединительной ткани. М., 1960, стр. 164—172.
- Суханов Е. М. Тезисы 34-й научной конференции Самаркандского медицинского института. Самарканд, 1956, стр. 62—63.
- Сыроватко Ф. А. и Берман В. С. Акуш. и гин., 1962, 6, 12—20.
- Тареев Е. М. Сов. мед., 1950, 9.
- Телал М. А., Хреников А. А. Акуш. и гин., 1941, 4, 17—21.
- Туганова А. М. Акуш. и гин. 1956, 4, 28—32.
- Тюрина Н. И. Труды Новосибирского медицинского института. Вопросы теоретической и клинической медицины. Новосибирск, 1959, стр. 280—284.
- Удалова К. Н. Беременность, роды и послеродовый период при фибромиоме матки и после консервативной миомэктоми. Автореферат дисс. канд. М., 1953.
- Уткин В. М. Современные показания к операции кесарева сечения и наиболее рациональная ее методика. Дисс. канд. Рязань, 1955.
- Уткин В. М. Научные труды Рязанского медицинского института имени И. П. Павлова. Рязань, 1960, т. 12, в. 4, стр. 150—158.
- Уханова Н. В. В кн.: Травматический шок. Под ред. действительного члена АМН СССР проф. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Файнберг В. Б. Акуш. и гин., 1936, 10, 1211—1216.
- Фейертаг Г. М. Труды Кубанского медицинского института. Краснодар, 1947.
- Федермессер К. М., Лепарский Е. А. Акуш. и гин., 1964, 5, 17—22.
- Филина Е. Н. Труды 1-й Всероссийской конференции акушеров и гинекологов. М., 1958, стр. 89—92.
- Фролов М. С. Труды Новосибирского медицинского института усовершенствования врачей. Сборник авторефератов. Новосибирск, 1945, т. 24, стр. 151—152.
- Фукс Б. Б. Арх. пат., 1958, 10, 59—61.
- Хатунцев В. А. и Косовцева М. Д. В кн.: Внутренняя патология и беременность. Киев, 1955, стр. 78—85.
- Цицишвили Д. Р. Труды X Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1961, стр. 156—156.
- Цицишвили Д. Р. XI Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов. Тезисы докладов. М., 1963, стр. 146—146.
- Цырульников М. С. Акуш. и гин., 1962, 6, 24—26.
- Червакова Т. В. Роды при высоком прямом стоянии головки. Автореф. дисс. канд. М., 1954.
- Червакова Т. В. Акуш. и гин., 1961, 1, 25—31.
- Черепяхин Г. К. и Лебедев Н. П. Труды Горьковского медицинского института. Горький, 1947, стр. 273—284.
- Черниговский Н. Н. Питания акуш., Херсон, 1936.
- Чукалов Н. Н., Василькова А. А. Труды Ижевского медицинского института. Ижевск, 1951, т. 13, стр. 226—229.
- Шалыт Л. Г. Акуш. и гин., 1952, 5, 72—73.
- Шамшина Т. М. Сборник научных трудов Ташкентского медицинского института. Ташкент, 1957, стр. 352—357.
- Шапиро Н. Ф. Акуш. и женск. бол., 1934, 45, 5, 338—343.
- Шилко М. О. Пед. акуш. и гин., 1961, 1, 51—53.
- Шмундак Д. Е. В кн.: Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. М., 1954, стр. 217—232.

- Шрайбер М. Г. В кн.: Травматический шок. Под ред. действительного члена АМН СССР проф. И. Р. Петрова. Л., 1962.
- Щербина Е. Г. Акуш. и гин., 1940, 10, 42—44.
- Шукарев К. А. Вопросы патогенеза, клиники и терапии пневмоний, осложняющих операции и бытовую травму. Л., 1953.
- Юрьева Л. В. Акуш. и гин. 1956, 4, 32—37.
- Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. М., 1953.
- Якутина М. Ф. Сосуды и нервы рубца матки. Дисс. канд. М., 1958.
- Ярославцев А. С. I-я Сибирская межобластная конференция акушеров-гинекологов. Томск, 1958, стр. 38—39.
- Ярославцев А. С. Труды Новосибирского медицинского института. Вопросы теоретической и клинической медицины. Новосибирск, 1959, т. 2, стр. 253—257.
- Adams J. Q. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1961, 82, 3, 673—678.
- Alessandrescu D., Dumitrescu A. *Zbl. Gynäk.*, 1960, 31, 1198—1206.
- Allen H. L., Weekley A. S. and Metcalf D. W. *J. A. M. A.*, 1957, 164, 6, 1743—1746.
- Anderes E. *Schweiz. med. Wschr.*, 1949, 2, 25—28.
- Ansbro F. P., Gordon C. A., Bodell B. and Latteri F. S. *New York St. J. Med.*, 1952, 52, 15, 1901—1905.
- Atherton H. E., Williamson P. I. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 68, 4, 1091—1097.
- Aubrée G. *Anesth. Analg.*, 1955, 12, 1, 93—117.
- Bach H. G. *Anaesthetist*, 1957, 6, 1, 90—92.
- Bach H. G. *Med. klin.*, 1958, 38, 1645—1647.
- Bagoly P., Szalay G. *Geburtsh. Frauenheilk.*, 1961, 10, 961—968.
- Bak T. F., Hayden G. E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1955, 70, 5, 961—971.
- Baldwin W. F. *Canad. Med. Ass. J.*, 1957, 77, 4, 38—44.
- Baumgarten G. *Zbl. Gynäk.*, 1961, 8, 342—346.
- Beck H. *Zbl. Gynäk.*, 1955, 33, 1306—1315.
- Beck H., Herth D. *Zbl. Gynäk.*, 1957, 41, 1593—1598.
- Beck H., Nold B. *Anaesthetist*, 1957, 6, 1, 93—94.
- Beker K. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1955, 100, 6, 690—696.
- Benzi G. *Min. Ginec.*, 1956, 20, 14—28.
- Bertoletti P. L., Morra C. *Min. Anest.*, 1954, 5, 20, 181—187.
- Bertreux M. *Anest. Analg.*, 1955, 12, 1, 97—117.
- Bhoumik A. C. *Calcutta Med. J.*, 1956, 53, 9, 301—307.
- Bieber G. F. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 65, 257—259.
- Bishop E. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 71, 6, 1194—1201.
- Black M. E. and Miller M. *Clin. Obstet. Gynec.*, 1958, 1, 229—244.
- Bloxson A. J. *Pediat.*, 1942, 20, 215—218.
- Bonafos M., Serfati M. et Le Cannelier R. *Bull. Fed. Soc. Gynec. Obstet. Lang. Franc.*, 1953, 5, 4, 436—437.
- Borso A. *Min. ginec.*, 1957, 17, 121—126.
- Bottella-Llusia I. *Gynec. prat.*, 1957, 8, 2, 36—42.
- Bottella-Llusia I. *Arch. Gyn.*, 1955, 186, 55—61.
- Boughton C., Perkins E. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1957, 64, 1, 105—112.

- Břečka M. *Cesk. Gyn.*, 1954, 4, 227—230.
- Brown J. A. *Canad. Med. Ass. J.*, 1948, 59, 5, 464—466.
- Burnett V. W. F. *Presse med.*, 1949, 222, 4, 79—82.
- Cantoni A., Rasori C. *Ann. Ostet. Gynec.*, 1960, 82, 8, 16—17.
- Carey C. M. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1955, 69, 6, 1174—1182.
- Claye A. M. *Edinburgh med. J.*, 1951, 58, 12, 61—76.
- Claye A. M. *J. Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1961, 68, 4, 577—583.
- Clement I. E. N. *J. med. J.*, 1962, 23, 2, 50—55.
- Colvin E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1952, 64, 3, 473—485.
- Cope E. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1951, 58, 259—263.
- Cope E. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1961, 68, 3, 476—478.
- Corkill T. F. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1957, 64, 1, 67—73.
- Cos M., Adamová V., Adam E., Demand L. *Cesk. Gyn.*, 1954, 4, 261—265.
- Cosgrove S. A. *J. A. M. A.*, 1951, 145, 12, 884—888.
- Cosgrove S. A. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1956, 102, 5, 616—620.
- Cox L. W. *Lancet*, 1951, 6654, 651—652.
- Davis M. E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 62, 4, 838—853.
- Davis M. E. *Surg. clin. North Am.*, 1953, 33, 1, 101—123.
- DeCarle D. W. *J. A. M. A.*, 1954, 154, 7, 545—549.
- D'Esopo D. A. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1950, 59, 1, 77—95.
- Dewhurst C. J. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1957, 64, 113—118.
- Dilworth E. E., Ward I. V. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 73, 5, 1088—1093.
- Dill L. V., Leonard T. M., Sheffery J. B. *Am. J. Obstet., Gynec.*, 1948, 56, 3, 515—520.
- Döderlein G. *Münch. med. Wschr.*, 1953, 1, 56—61.
- Döderlein G. *Arch. Gynäk.*, 1955, 186, 53—55.
- Dörr H. *Gynaecologia*, 1953, 136, 2, 65—74.
- Draps H. *Gynec. Obstet.*, 1953, 4, 417—424.
- Dubrowsky R. *Gynec. Obstet.*, 1950, 49, 2, 187—193.
- Duca A., Cossutta A. *Attual. Obstet. Gynec.*, 1957, 3, 2, 363—374.
- Durfee R. B. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1960, 110, 2, 173—181.
- Dyer J., Weed J. C., Tyrone C. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 3, 517—527.
- Ebbli C. *Min. Anest.*, 1957, 23, 6, 158—160.
- Fleming A. *Obstet. Gynec.*, 1956, 71, 6, 1202—1209.
- Foukas M. *Zbl. Gynäk.*, 1962, 9, 330—335.
- Frasca G. *Clin. Obstet. Gynec.*, 1962, 64, 4, 214—220.
- Fritzsich W. Z. *Geburtsh. Gynäk.*, 1962, 159, 1, 11—21.
- Garnier R., Cattin R., Nicolas J. *Bull. Fed. Soc. Gynec. Obstet.*, 1956, 8, 3, 358—359.
- Garnier R., Neumann E. J. *méd. Lyon.*, 1956, 886, 913—919.
- Garnier R., Gonnet J. *Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstet.*, 1956, 8, 3, 359—360.
- Geitmann W. F., Fitzgerald J. E., and Lummo B. P. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1948, 56, 5, 846—851.
- Glück O. *Wien. Klin. Wschr.*, 1950, 35/37, 629—630.
- Good D. C., Baker W. S. *U. S. Armed. Forces Med. J.*, 1957, 8, 12, 1783—1791.
- Gordon C. A. *Am. J. Obstet., Gynec.*, 1957, 73, 1, 65—74.

- Gordon C. A. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1955, 69, 4, 701—713.
- Goris H. P. *Zbl. Gynäk.*, 1958, 11, 430—432.
- Green G. H. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1959, 66, 4, 640—648.
- Greenhill J. P. *Surg. clin. North Am.*, 1953, 33, 1, 87—100.
- Gustafson G. W., Gardiner S. H. and Stout F. E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 67, 6, 1210—1220.
- Halsey H. and Gordon D. J. *clin. North Am.*, 1957, 37, 421—434.
- Harris J. R. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 6, 1191—1196.
- Harris J. M., Hills B. and Nessim J. R. *J. A. M. A.*, 1959, 169, 6, 74—80.
- Haskins A. L., Wissner S. E. and Allen W. M. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1955, 70, 1, 70—83.
- Havlásek L. *Česk. Gyn.*, 1955, 19—34, 4, 257—262.
- Hennessy J. P. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1949, 57, 6, 1167—1185.
- Hester J. L. L., Salley J. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 74, 6, 1218—1227.
- Hilfrich H. *J. Landarzt*, 1962, 5, 198—200.
- Hochuli E. *Gynaecologia*, 1956, 142, 5, 337—341.
- Hollstein K. *Landarzt*, 1962, 5, 194—198.
- Horský J. *Česk. Gyn.*, 1954, 4, 243—251.
- Huber H. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 39, 1528—1540.
- Huber C. P. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 61, 4, 895—899.
- Jalkanen R., Niemineva K. *Gynaecologia*, 1953, 136, 1—14.
- Järvinen P. A., Pystynen P. *Ann. chir. gynec. Fenniae*, 1957, 46, 1, 101—112.
- Jaschke R. Th. *Zbl. Gynäk.*, 1953, 33, 1281—1282.
- Jones O. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 4, 747—766.
- Jones W. S. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 2, 322—334.
- Jüngling O. *Anaesthesist*, 1957, 6, 1, 92—93.
- Kalkschmid W. *Wien. klin. Wschr.*, 1955, 48, 925—931.
- Kava H. L., Flushing N. J. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 72, 5, 1129—1121.
- Kehrler E. *Dtsch. med. Wschr.*, 1952, 3, 86—87.
- Kenwick A. N. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 1, 67—74.
- Kistner R. W. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 61, 1, 109—120.
- Knopp K. *Zbl. Gynäk.*, 1955, 1, 15—22.
- Kobak A. J., Fields Ch., Turow D. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1950, 60, 6, 1229—1239.
- Kofler E., Kremer H. *Zbl. Gynäk.*, 1955, 23, 904—912.
- Kohoutek M., Kolar J. *Z. Geburtsh. Gynäk.*, 1961, 156, 3, 343—350.
- Koleta F. *Česk. Gyn.*, 1954, 4, 231—235.
- Koleta F. *Česk. Gyn.*, 1961, 7, 490—495.
- Koller Th., Rütte U. *Gynaecologia*, 1950, 129, 2, 122—131.
- Kolstad P., Schye K. F. *Acta Obstet. Gynec. scand.*, 1957, 36, 2, 233—249.
- König F. E. *Gynaecologia*, 1951, 131, 4, 208—233.
- Kraatz H., Winter G. *Zbl. Gynäk.*, 1958, 35, 1393—1406.
- Král V. *Česk. Gyn.*, 1954, 4, 269—274.
- Kramer T. F., Skalley T. W. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1960, 80, 2, 291—295.
- Krätzig W. *Zbl. Gynäk.*, 1958, 25, 975—977.
- Kraussold E. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 36, 1425—1430.
- Kreibisch H. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 28, 1101—1107.

- Kush A. W. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 1, 182—184.
- Küstner H. *Zbl. Gynäk.*, 1922, 22, 652—654.
- Küstner H. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 36, 1422—1425.
- Lachman A. *Nord med.*, 1963, 50, 45, 1535—1537.
- Landau D. B., Goodrich U. B., Francka W. F., Burns F. K., J. *Pediat.*, 1950, 36, 4, 421—426.
- Landi L. *Riv. Ost. Ginec. Prat.*, 1956, 38, 11, 940—950.
- Lask S. J. *Obstet. Gynec.*, 1953, 60, 4, 541—542.
- Lattuada H. P. *Am. J. Surg.*, 1952, 84, 2, 212—214.
- Lauterwein C. *Zbl. Gynäk.*, 1956, 31, 1220—1229.
- Lawler P. E., Bulfin M. J., Lawler F. C. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 72, 2, 252—259.
- Lawrence R. F. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1953, 60, 2, 237—243.
- Lehman G. Z. *Ärztl. Fortbild.*, 1950, 16/16, 400—405.
- Lewicka W. *Ginek. Polska*, 1956, 28, 4, 17—20.
- Low D. M. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 61, 1, 197—199.
- Luft H. *Zbl. Gynäk.*, 1959, 17, 645—649.
- Lund P. C. J. A. M. A., 1955, 17, 1586—1591.
- Lüttge W. *Wien. med. Wchnschr.*, 1953, 41, 465—466.
- McCain J. R., Poliakoff S. R. J. A. M. A., 1949, 141, 8, 513—515.
- MacDonald J. R., McLennan H. R. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1960, 67, 3, 443—450.
- Mackey R. *Med. J. Austr.*, 1947, 2, 20, 593—600.
- McLean L. F., McDowell H. C., Nichols D. H. and Wildhack R. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1950, 60, 4, 860—865.
- McNeill D. B. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 71, 2, 304—309.
- Malinas J., Ghosn G. *Rev. Franc. Gynec. Obstet.*, 1959, 7—8, 503—514.
- Marshall C. M. *Arch. Gynäk.*, 1951, 180, 153—161.
- Martius H. *Med. Klin.*, 1960, 15, 569—572.
- Martius H. *Die Geburtshilflichen Operationen. Stuttgart*, 1962.
- Mei-Pu C., Sheh-ping Tien. *Chin. med. J.*, 1953, 1, 33—44.
- Menon M. K. K. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1961, 68, 3, 417—426.
- Menon M. K. K. J. *Indian Med. Ass.*, 1961, 37, 7, 326—332.
- Menon M. K. K. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1962, 69, 1, 18—28.
- Mestwerdt G. *Arch. Gynec.*, 1955, 186, 61—64.
- Mestwerdt G. *Zbl. Gynäk.*, 1956, 52, 2080—2081.
- Miecznikowski A., Miecznikowska M. *Ginek. Polska*, 1953, 3, 317—322.
- Mitchell P. R., Garret W. G. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1960, 67, 4, 654—658.
- Muth H. *Zbl. Gynäk.*, 1955, 19, 727—734.
- Netter A. *Rev. Franc. Gynec. Obstet.*, 1959, 12, 825—840.
- Noack H. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 22, 861—870.
- Noack H. *Zbl. Gynäk.*, 1956, 26, 1015—1022.
- Noack H. *Geburtsh. Frauenhk.*, 1958, 1, 46—64.
- Olow B. Cesarean section: indications advantages and risks. *The North. Ass. Obstet. Gynec.*, 5 meet. Lund, 1950, 471—480.
- Orth O. S. *New Let. Am. Soc. Anest.*, 1949, 13, 27—28.
- Pankamaa P., Terho J. *Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, 1958, 47, 3—23.

- Pasetto N., D'Anna A., Niccoli V., De Camillis L. *Min. Ginec.*, 1962, 14, 17, 835—840.
- Paton C. N. *Med. J. Austr.*, 1947, 2, 589—592.
- Pedowitz P., Schwartz R. M. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 74, 5, 1071—1081.
- Pfisterer O. *Zbl. Gynäk.*, 1960, 7, 267—270.
- Philpot N. W., Ross J. E. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 68, 1, 285—293.
- Pigeaud H., Brun P. *Rev. Fr. Gynec. Obstet.*, 1954, 49, 57—68.
- Pireaux P. *Gynec. Obstet.*, 1954, 53, 4, 443—452.
- Pittinger C. B., Morris L. E. *Anesthesiology*, 1953, 14, 3, 238—244.
- Pockrandt H. *Zbl. Gynäk.*, 1953, 27, 1058—1061.
- Poidevin L. O. S., Bockner V. J. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1958, 65, 2, 278—283.
- Posner A. C., Kohn S., Posner N. S. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 67, 1, 64—75.
- Posner A. C., Friedman S., Posner L. B. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1957, 104, 4, 485—490.
- Potter M., Johnston D. C. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 67, 4, 760—767.
- Potter J. K., Pender B. H. *Anesth. Analg.*, 1951, 30, 1, 35—40.
- Potter E. L., Rosenbaum W. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1943, 45, 4, 701—704.
- Quecke K. *Dtsch. med. Wschr.*, 1951, 42, 1312—1313.
- Ramoso-Jalbuena J., Villanueva J., Romos H. J. *Phillipine Med. Ass.*, 1962, 38, 2, 73—90.
- Reed W. A. *Anesth. Analg.*, 1954, 33, 6, 349—357.
- Reinhold H. *Anesth. Analg.*, 1950, 7, 4, 519—538.
- Reinke T. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 6, 1185—1190.
- Reifinger J., Abt K. *Klin. Med.*, 1951, 10, 482—485.
- Rimbach E. *Münch. med. Wschr.*, 1956, 23, 816—819.
- Rolland Ch. *Edinb. med. J.*, 1954, 61, 8, 257—272.
- Rosa P., Boute J., Declerk P. *Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstet.*, 1954, 6, 2, 155—156.
- Rosenfeld M., Snyder F. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1939, 38, 3, 424—430.
- Rötger H., Beckers M. *Zbl. Gynäk.*, 1954, 37, 1676—1691.
- Rubin H. W., Burke L., Rosenfeld H. *New Engl. J. Med.*, 1953, 249, 18, 719—721.
- Ruppert H. *Anaesthetist*, 1957, 1, 22—24.
- Russell J. K. *Lancet*, 1955, 6885, 322—324.
- Ryglewicz K., Kapczyncka i Masur. *Ginek. Polska*, 1954, 25, 2, 175—183.
- Schaefer G., Carpenter F. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 65, 5, 935—942.
- Schmölling H. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 46, 1818—1828.
- Schneider B. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 68, 4, 1065—1081.
- Schneider B. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1954, 68, 4, 1082—1090.
- Schou P. *Danish med. Bull.*, 1954, 1, 2, 29—37.
- Schwarz R. *Zbl. Gynäk.*, 1959, 1, 13—16.
- Settle J. M., Wilson L. A. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1947, 54, 5, 801—803.
- Siddall R. S., West R. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1952, 65, 2, 425—427.

- Slate W. G., Randall J. H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 72, 5, 736—739.
- Soulary C., Minet P. *Gynec. Obstet.*, 1957, 9, 3, 58—64.
- Spenser I. T. *Lancet*, 1952, 6734, 565—566.
- Stabler F. *Lancet*, 1949, 6588, 1023—1026.
- Stallworthy J. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 61, 4, 720—737.
- Stépán V. *Čsl. Gyn.*, 1957, 3, 183—189.
- Stingl A. *Gynaecologia*, 1950, 12, 9, 1, 23—30.
- Strang L. B., Anderson G. S., Platt J. *Lancet*, 1957, 6976, 954—956.
- Studdiford W. E., Decker W. H. *Bull. New York Acad. Med.*, 1952, 28, 10, 640—654.
- Sweeney W. J., Knapp R. S. *Obstet. Gynec.*, 1961, 17, 333—341.
- Tasch H. *Zbl. Gynäk.*, 1960, 33, 1276—1283.
- Taylor H. W., Ward E. I. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 56, 6, 1276—1283.
- Thomaschek G. *Zbl. Gynäk.*, 1956, 36, 1405—1416.
- Thompson I. F. *Obstet. Gynec.*, 1960, 15, 4, 415—424.
- Townsend S. L., Mackay E. V., Shelton J. G., Krieger V. J., Campbell K. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1961, 68, 3, 382—399.
- Trévoux R. *Anesth. Analg.*, 1955, 12, 1, 87—92.
- Tucker G. W., Baker W. S. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 4, 895—896.
- Umland K. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 36, 1434—1440.
- Verch I. H., Stouffer J. G., Cron R. S. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1950, 59, 1, 108—112.
- Verhasselt B. *Zbl. Gynäk.*, 1956, 35, 1385—1387.
- Vojta M. *Čsl. Gynec.*, 1962, 1—2, 33—40.
- Waddington H. K. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 73, 4, 816—821.
- Waters E. G. *Cesarean section problems. Transact. 2-d. Am. Cong. Obstet. Gynec. Portland*, 1942, 40—45.
- Wawryk R., Musiolik M. *Polski Tyg. Lek.*, 1956, 11, 4, 166—168.
- Weed J. C. *Obstet. Gynec.*, 1959, 14, 780—785.
- Weilenmann J. *Gynaecologia*, 1956, 142, 6, 403—413.
- Weisl B. A. G. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 66, 6, 1235—1246.
- Wendell-Smith C. P. J. *Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1954, 61, 1, 87—93.
- Whitacre R. J., Fisher A. J. *Anesthesiologia*, 1945, 6, 124—128.
- Wimhöfer H., Bach H. G. *Dtsch. med. Wschr.*, 1956, 38, 1541—1546.
- Winter G. *Zbl. Gynäk.*, 1928, 39, 2497—2502.
- Winterringer Y. R. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 61, 3, 622—628.
- Wood C., Pinkerton J. H. M. J. *Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth*, 1961, 68, 3, 427—437.
- Woodman M. *New Engl. J. Med.*, 1950, 243—14, 528—530.
- Wright R. C. *Obstet. Gynec.*, 1959, 14, 6, 758—763.
- Young J. H. *The History of Cesarean Section. London*, 1944.
- Young I. M. *Lancet*, 1949, 6564, 1052—1052.
- Zacherl H. *Arch. Gynäk.*, 1955, 186, 41—52.
- Zoltan I. *Zbl. Gynäk.*, 1960, 24, 912—920.
- Zoltan I. *Wien. Med. Wschr.*, 1954, 20/21, 412—416.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
Глава I. Основные исторические этапы развития абдоминального кесарева сечения	7
Глава II. Частота абдоминального родоразрешения	15
Глава III. Показания к абдоминальному кесареву сечению	20
Анатомически и клинически узкий таз	20
Кровотечения в конце беременности и в начале родов	30
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	35
Экстрагенитальные заболевания	37
Поперечные и косые положения плода	44
Поздние токсикозы беременности	46
Неправильные предлежания головки	50
Угрожающий разрыв матки	53
Слабость родовой деятельности	55
Дистоция шейки матки	57
Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	58
Тазовые предлежания плода	61
Дистоция мелких тканей родовых путей	64
Пожилый возраст первородящих	66
Опухоли органов малого таза	68
Рубец на матке	71
Выпадение пуповины	73
Отягощенный акушерский анамнез	74
Перенесенная беременность	75
Резус-конфликт	76
Комплексированные (сочетанные) показания	78
Кесарево сечение на мертвой или умирающей	84
Каузистика кесаревых сечений	86
Классификация показаний к кесареву сечению	89
Глава IV. Противопоказания к кесареву сечению и условия, необходимые для выполнения операции	97
Глава V. Сравнительная оценка различных методов производства кесарева сечения	100

Глава VI. Техника кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего маточного сегмента	113
Обезболивание операции	113
Техника кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего ма- точного сегмента	126
Гистероэктомия после кесарева сечения	140
Ведение послеоперационного периода	142
Глава VII. Кесарево сечение при инфицированных родах	145
Глава VIII. Ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения для женщины	155
Материнская летальность	155
Непосредственные результаты кесарева сечения для женщины	170
Гинекологическая заболеваемость	173
Течение беременности и родов после абдоминального кесарева сечения	176
Разрывы матки по рубцу после кесарева сечения	178
Морфологическая и гистохимическая характеристика маточного рубца после кесарева сечения	179
Глава IX. Перинатальная смертность и заболеваемость но- ворожденных	194
Глава X. Некоторые вопросы ведения беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение	207
Литература	216

СЛЕПЫХ АЛЕКСЕЙ СЕМЕНОВИЧ

**Абдоминальное кесарево сечение
в современном акушерстве**

Редактор *А. П. Кирющенко*

Техн. редактор *В. И. Табенская*

Корректор *Л. Н. Трухнина*

Художественный редактор *И. М. Иванова*

Сдано в набор 20/XII 1967 г. Подписано к печати 19/III 1968 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂ печ. л. 7,25 (условных 12,18 л.) 12,54 уч.-изд. л. Бум. тип. № 1. Тираж 10 000. МБ-56

Издательство «Медицина».

Москва, Петроверигский пер., 6/8

Заказ № 9. 11-я типография Главполиграфпрома

Комитета по печати при Совете Министров

СССР. Москва, Нагатинская ул., д. 1

Цена 76 коп.