



Цвелев Ю. В., Пахомов А. А.,
Гайворонских Д. И.

ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Кафедра акушерства и гинекологии
им. А. Я. Красковского
Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

«Мне кажется, что ничью жизнь нельзя
взвешивать как какую-нибудь вещь;
врачом должна быть одинаково ценима,
как жизнь матери, так и жизнь плода».

А. Я. Красковский

Кесареву сечению в современном оперативном акушерстве принадлежит ведущее место. Родоразрешение путем кесарева сечения пришло на смену длительным травматичным родам с повторными стимуляциями родовой деятельности и таким операциям, как экстракция плода за тазовый конец, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода. В Российской Федерации частота кесарева сечения увеличилась в последние десятилетия в 3 раза и в 1995 г. составила 11%. В Петербурге по данным комитета по здравоохранению в 1995–96 гг. она составляла 12,8%, а в 2001 г. достигла 15,1%.

В этом отношении весьма показательны данные, полученные в нашей клинике и относящиеся к доантибиотическому периоду (1918–1938) — 0,42%, и периоду широкого применения антибиотиков (1947–1966) — 3,24%; частота кесарева сечения в последние годы (1995–2002) составляет 12,3%. Выразительна динамика частоты кесарева сечения по материалам родильного дома им. профессора В. Ф. Снегирева за столетие: с 1899 по 1912 г. — 0,06%; с 1924 по 1937 г. — 0,28%; с 1936 по 1945 г. — 0,56% [17]. В 1999 г. частота операции в нем составила 21,6%, в 2000 г. — 28,7%, в 2001 г. — 25,4%. В ряде клинических учреждений России в настоящее время частота выполнения операции превышает даже 30%. В Петербурге, как и в России, кесарево сечение прошло сложный путь эволюции, который содержит много поучительного.

Первым профессором повивального искусства в Петербурге был Линдемман (Andreas Lindemann), который 7 августа 1757 г. был определен преподавать акушерство в открывшейся школе по подготовке повивальных бабок. В 1755 г. в Геттингене он получил диплом доктора медицины за сочинение, названное «Медицинская диссертация о патологических родах, которые врач не может принять без рассечения живота матери или плода». Им была предпринята попытка определить показания к операции кесарева сечения, поскольку в практике «нередки случаи, когда возникает опасность для жизни ребенка и матери. Это происходит, если плод невозможно вынуть и его приходится рассекать, подвергая тем самым жизнь матери большому риску, если мы, пожертвовав ребенком, спасаем жизнь матери». «Итак, — пишет он, — в том случае, когда мать и еще живого ребенка можно спасти, сделав кесарево сечение (иначе он погибнет), необходимо, чтобы такую операцию выполнял опыт-

ный специалист, а также и сама роженица должна обладать достаточной крепостью (здоровьем), чтобы перенести такую операцию» [19]. Известно, что А. Линдеманом кесарево сечение не выполнялось.

26 октября 1780 г. Данило Самойлович [4] защитил в Лейдене первую отечественную диссертацию, посвященную сравнению двух акушерских операций, применявшихся для родоразрешения при узком тазе у женщин: кесарево сечение и симфизиотомия. Давая оценку обеим операциям, он отметил, что во многих случаях абдоминальное родоразрешение нельзя заменить симфизиотомией и операция кесарева сечения должна иметь предпочтение. В дальнейшем было доказано, что симфизиотомия часто сопровождается тяжелыми осложнениями и большинство акушеров признало ее бесполезной операцией. Д. Самойлович в своей практике также не производил кесарево сечение.

В XVIII и в первой половине XIX века родоразрешение путем кесарева сечения было весьма редким и носило почти казуистический характер. В России первая операция кесарева сечения была сделана в 1756 г. И. Эразмусом, а вторая в 1796 г. Зоммером.

Однако Н. М. Амбодик-Максимович, который по праву считается основоположником русского акушерства и педиатрии, в своем труде «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» большое внимание уделил показаниям и противопоказаниям к производству «цесарской операции», описал технику ее выполнения. Истинно прогрессивным для акушерства XVIII в. представляется положение Амбодика о возможном оперативном родоразрешении не только по показаниям со стороны роженицы, но и для спасения плода «Что лучше и что благочестивее: оставить ли без всякой помощи мать и ее дитя в то время, когда есть еще надежда ко спасению обоих, либо и одного, или предпочитая нужду опасности, быть только праздным в сем случае зрителем, и сложив руки ничего не делать» [2].

В Петербурге первое кесарево сечение (на мертвой женщине) выполнил в 1852 г. профессор Медико-хирургической академии А. А. Китер. В «Руководстве к изучению акушерской науки» (1857–1858) показаниями для операции кесарева сечения он считал смерть роженицы при живом плоде, разрыв матки в родах, опухоли костей таза. В случае скорострительной смерти роженицы он рекомендовал немедленно «приступить к цесарскому сечению», при этом обращать особое внимание на то, жив ли еще младенец или уже мертв. А. А. Китер считал, что «самым верным признаком жизни младенца служит его сердцебиение, выслушиваемое посредством стетоскопа через брюшные

стенки. В тех случаях, где оно еще слышится, нужно как можно скорее приступить к выведению младенца наружу, потому что, здесь он находится в состоянии утопающего. Если маточное рыльце (шейка матки — *авт.*) совершенно открыто и при том таз хорош, то нужно извлечь младенца, при положении головки — щипцами, а при других положениях — посредством поворота и извлечения; но где, напротив, таз не совсем просторен, или где маточное рыльце, хотя открыто, но еще мало, в этом случае нужно извлечь младенца, смотря, где он находится — в полости живота или матки, с помощью операции брюхосечения (*laparotomia*), насильственных родов (*accouchement force*) или даже цесарского сечения» [9]. «При разрыве матки, — писал он, — помощь искусства бессильна. Но если младенец находится в полости живота и если при том жизнь его еще обнаруживается по довольно ясно слышимым сердцебиениям, тогда, как можно скорее, нужно сделать операцию *laparotomie*. Однако возможность этой операции представляется чрезвычайно редко, потому что младенец обыкновенно слишком скоро умирает, а в этом последнем случае запрещается операция».

Первое кесарево сечение в Петербурге на живой женщине произведено в 1852 г. Н. В. Этлингером [15]. Николай Васильевич Этлингер родился в Киевской губернии в 1819 г. В 1844 г. он окончил Боннский университет. Для получения практики в России сдал экзамены при Дерптском университете и получил диплом лекаря. С 1845 г. стал работать в Повивальном институте. Через три года он был назначен директором этого учреждения и прослужил на этой должности 25 лет (до 1883 г.). Он был искусным оператором. Кесарево сечение Н. В. Этлингером было выполнено 35-летней женщине (беременной в шестой раз) по поводу «заграждения таза» окаменелым плодом от бывшей когда-то внематочной беременности. Мать умерла через 36 часов после операции. Ребенок остался жив [16].

Профессором А. Я. Крассовским 2 июня 1862 г. в Медико-хирургической академии в присутствии проф. А. А. Китера, доктора Гартмана, вице-президента академии И. Т. Глебова и студентов кесарево сечение было выполнено на живой женщине (без ушивания раны матки), поэтому вскоре после операции она скончалась. Имеются данные о том, что в 1869 и 1875 гг. А. Я. Крассовский производил чревосечение и кесарево сечение на мертвых. Хотя первые операции, выполненные им на живых, окончились летально, он оставался приверженцем данной операции.

Важным этапом в развитии операции кесарева сечения считается 1876 г., когда Г. Е. Рейн в России и независимо от него Е. Рогго в Ита-

лии предложили после извлечения ребенка удалять тело матки, а культю шейки матки шивать в рану передней брюшной стенки. Идея этого предложения заключалась в удалении источника инфекции и кровотечения. По тому времени предложение Г. Е. Рейна и Е. Рого являлось прогрессивным, так как осуществление этой операции позволило снизить материнскую летальность до 24,8% [13].

Коренное улучшение исходов кесарева сечения для матери произошло после введения в практику наложения швов на рану матки. Хотя за рубежом появление маточного шва связывают с именем Kehrer, который в 1881 г. сделал кесарево сечение с наложением на разрез матки трехэтажного шва, однако в России Штольц еще в 1776 г. выполнил кесарево сечение с последующим зашиванием матки. В 1881 г. петербургский врач А. Э. Шмидт защитил диссертацию на тему «Клинические и экспериментальные исследования о маточном шве». Зашивание матки при кесаревом сечении способствовало снижению материнской летальности до 7% и менее, а операцию стали производить не только по абсолютным, но и по относительным показаниям.

Кесарево сечение с удалением матки и придатков, после того как плод был извлечен (операция Порро), было произведено А. Я. Крассовским 10 марта 1885 года, а 8 октября 1886 г. он выполнил кесарево сечение с наложением на матку двухэтажного шва. Отдавая предпочтение кесареву сечению с сохранением матки, А. Я. Крассовский рекомендовал выполнять операцию Порро при заращении или значительном стенозе влагалища, инфекции тела матки с явными признаками эндометрита, беременности в рудиментарном роге, при желании женщины «...иметь живого ребенка и избавиться навсегда на будущее время от беременности». Он был глубоко убежден, что операция кесарева сечения придет на смену симфизиотомии и пуботомии, которые, как писал он, «никоим образом не могут конкурировать не только с кесаревым сечением, но даже с эмбриотомией и поэтому должны быть сданы в архив истории оперативного акушерства». Анализируя исходы и прогнозируя риск операции, А. Я. Крассовский делает вывод о том, что «больше всего шансов на счастливый исход операции будет в том случае, если она производится в конце беременности или в самом начале родов, когда роженица не истощена еще родовым актом и когда не делались еще попытки окончить роды другими оперативными пособиями» [11].

Опыт проведения операции кесарева сечения он изложил в ряде статей, где описал технику операции по методу Порро и органосохраняющей операции (с наложением швов на

матку) с анализом каждого из методов при различных акушерских ситуациях для здоровья матери и ребенка. Кесареву сечению А. Я. Крассовским посвящена специальная глава в последнем издании руководства «Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза» (1889 г.). В этом труде им уделено немалое внимание прогнозу операции, особенностям приготовления к ней, послеоперационному уходу. Он подробно описал показания, выделяя безусловные (абсолютные) и условные (относительные). К абсолютным показаниям при наличии живого плода им отнесена резкая степень сужения таза (истинная конъюгата — 6 см), к относительным — умеренное сужение таза, опухоли и пороки развития матки и влагалища. Большое место в руководстве уделено вопросам антисептики и анестезии с использованием хлороформа при операции кесарева сечения.

По определению А. Я. Крассовского, целью кесарева сечения на живых является спасение плода, «подвергая жизнь матери некоторой опасности в тех случаях, когда роды не могут быть окончены благоприятно через естественные родовые пути ни силами природы, ни какими-либо другими пособиями искусства. Кроме того, к кесарскому сечению прибегают и в тех случаях, в которых роды хотя и могут быть окончены помощью известных оперативных пособий, но при этом плод неизбежно погибает, а матери наносятся такие повреждения, которые обуславливают не меньшую опасность для нее, чем та, которой она подвергается при кесарском сечении» [11]. А. Я. Крассовский считал, что «...при кесарском сечении дело идет о спасении, если возможно, двух жизней...» и «... если со стороны здоровья беременной нет никаких противопоказаний кесарскому сечению, т. е. если есть надежда на благоприятный исход, то всегда следует выждать конца беременности и предпочесть кесарское сечение». Изучая возможности выполнения операции в интересах роженицы, он 4 июня 1891 г. впервые в России произвел кесарево сечение по поводу эклампсии. В том же году он произвел также впервые в России кесарево сечение повторно у одной и той же женщины (первый раз операцию кесарева сечения он ей сделал в 1886 г.). По данным литературы, А. Я. Крассовским всего было произведено 15 кесаревых сечений.

Соответствует современным деонтологическим представлениям позиция А. Я. Крассовского о необходимости получения согласия роженицы на операцию. Учитывая значительный риск при выполнении кесарского сечения, он считал важным информировать об этом родственников и беременную, ибо «скрывать от нее сопряженную с операцией опасность не

только противно самым обыкновенным правилам честности, но и бесполезно. С другой стороны, изложить ей без всяких обиняков все угрожающие опасности — значило бы совершенно деморализовать ее. Нам кажется, что в этом случае лучше всего держаться середины; прежде всего нужно постараться изложить роженице необходимость операции таким образом, чтобы она могла совершенно проникнуться ею, затем, намекнув об опасностях, сопряженных с операцией, в то же время выставить в выгодном свете все шансы на спасение ее и ребенка... Как бы то ни было, к такой операции, как кесарское сечение, должно приступать, только получив на то полное согласие со стороны роженицы. Она, и только она одна, может располагать своей жизнью. Исключение из этого коренного правила составляют только те случаи, в которых роженица находится в состоянии невменяемости вследствие психоза или потери сознания» [11].

Одним из первых в России, сумевшим оценить значение кесарева сечения для снижения детской смертности и отстаивавшим право выполнения операции с этой целью, был профессор А. И. Лебедев. Именно он первым в России произвел 03.10.1886 г. в Военно-медицинской академии кесарево сечение по относительным показаниям — в интересах плода. Позже он писал, что «при абсолютном показании акушер находит полное оправдание своим действиям даже и тогда, когда ему удается спасти только одну из двух жизней. Совершенно иное дело при постановке относительного показания: здесь, для полного успеха операции, требуется извлечь живой плод и обеспечить выздоровление матери. Но если операция закончится извлечением мертвого плода, то даже и при благоприятном ее исходе для матери акушер будет обвинен, по меньшей мере, в легкомысленной постановке показаний, хотя бы научно поступал совершенно правильно» [12]. А. И. Лебедев считал, что кесарево сечение представляет в акушерстве «идеал хирургической операции», поскольку позволяет «окончить роды благополучно для плода и матери, не нанося никакого ущерба детородной способности...»

Много внимания отдавал усовершенствованию оперативной техники в акушерстве профессор Д. О. Отт. Известно, что с 1852 г., когда Н. В. Этлингер выполнил в Повивальном институте первое кесарево сечение, и до 1883 г. частота операций составляла в этом лечебном учреждении 0,013%. В период с 1883 по 1893 гг. (к моменту прихода в институт Д. О. Отта) было произведено 10 кесаревых сечений на 5614 родов (0,17%), при этом уровень материнской смертности достигал 40%. В этот период кесарево сечение производилось только при выра-

женном сужении таза, приближавшегося к абсолютному. В начале XX века материнская летальность после классического кесарева сечения установилась в пределах 6–10%. Выяснилось, что несмотря на усовершенствованный маточный шов, операция давала высокий процент летальности в инфицированных случаях с длительным безводным периодом. Д. О. Отт был первым в России, произведшим в 1888 г. операцию Порро с благоприятным исходом для матери и для плода [5]. Учитывая успехи оперативной техники, Д. О. Отт в 20-е годы XX века высказался за расширение показаний к кесареву сечению, включив в их число предложение плаценты, относительные сужения таза, патологические вставления плода («О новых веяниях в акушерстве», 1924 г.).

Сторонником кесарева сечения при эклампсии был профессор К. К. Скробанский, считавший, что высокая материнская летальность при оперативном родоразрешении была связана с тем, что обычно оперировали больных только с наиболее тяжелыми формами эклампсии, а консервативное лечение применялось при более легком течении заболевания. Он же указывал на принципиальную возможность кесарева сечения при инфицированных родах. Так, в 1935 г. он писал, что причину успеха кесарева сечения при наличии потенциальной или клинически выраженной инфекции в 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». Это предположение К. К. Скробанского в последующем оправдалось.

По сборной статистике Г. А. Бакшта [3], в 30-х годах в СССР материнская летальность после абдоминального родоразрешения была равна 5,8%. Разработка и широкое внедрение в 60-е годы в акушерскую практику таких крупных достижений медицины, как переливание крови, антибиотиков, эффективных методов анестезии, улучшение техники операции позволили значительно снизить материнскую летальность. Так, по данным А. С. Слепых [13], на 1160 кесаревых сечений материнская летальность имела место в 12 случаях (1%). В 70-е годы в СССР материнская смертность составляла 0,36% [8].

Полезными руководствами и пособиями для практической деятельности акушеров-гинекологов стали монографии А. С. Слепых «Абдоминальное кесарево сечение в современном

акушерстве» (1968 г.) и «Абдоминальное родоразрешение» (1986 г.). Он считал, что «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».

А. С. Слепых пришел к заключению о преимуществе выполнения поперечного разреза в нижнем сегменте матки в интересах сохранения здоровья женщины и ее детородной функции. К преимуществам этого метода он относил: меньшую опасность гипотонического кровотечения и инфицирования брюшной полости; легче зашивать разрез маточной стенки; осуществляется более 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. Академик Л. С. Персианинов кроме этого отмечал, что А. С. Слепых убедительно показал значение оптимального периода времени, когда хирургическое родоразрешение не будет слишком поспешным или, наоборот, запоздалым вмешательством, ибо «при необходимости применения кесарева сечения следует производить операцию своевременно, особенно если она производится в интересах плода» [13].

Г. И. Довженко и В. А. Струков (1967 г.) утверждали, что дальнейшее снижение материнской и перинатальной смертности не может быть достигнуто путем чрезмерного расширения показаний к кесареву сечению. «Кесарево сечение — родоразрешающая операция, но, применяя ее, не следует забывать не менее важную задачу: родоразрешение должно быть таким, чтобы обеспечить женщине максимум благополучия, сохранив не только ее жизнь, но и здоровье, и полную трудоспособность. Поэтому выбор метода родоразрешения, несмотря на достижения в области кесарева сечения, является важнейшей и ответственной задачей для современного акушера, а необоснованное родоразрешение путем кесарева сечения должно быть признано недопустимым упрощенчеством, низводящим акушерство до степени ремесла» [7].

На современном этапе эту позицию разделяют многие ведущие специалисты в России.

Так, Е. А. Чернуха (1997 г.) указывает, что расширение показаний к кесареву сечению ведет к снижению профессионализма в плане ведения родов через естественные родовые пути. Стремление решить все проблемы в акушерстве только с помощью кесарева сечения несостоятельны, однако неоправданно и сужение показаний к абдоминальному родоразрешению. В. В. Абрамченко (2000 г.) считает, что к снижению частоты операции кесарева сечения могут привести «рациональное ведение осложненной беременности, строгий подход к досрочному прерыванию беременности в интересах матери и плода, применение наиболее эффективных методов для подготовки беременных к родам и индукции родов, профилактика и лечение аномалий родовой деятельности».

В настоящее время абдоминальное родоразрешение стало реальным резервом снижения материнской смертности и перинатальных потерь, однако проблема не теряет актуальности ввиду повышения частоты кесарева сечения и количества послеоперационных инфекционных осложнений. «На пороге третьего тысячелетия мы должны четко представлять, что здоровье будущего поколения невозможно улучшить только за счет увеличения частоты оперативного родоразрешения. Усилия акушеров должны быть направлены на антенатальную охрану плода, рациональное и грамотное ведение родов путем постепенного снижения числа кесаревых сечений, не увеличивая при этом младенческую заболеваемость» (В. А. Краснопольский, Л. С. Логутова, 2000 г.).

Литература

1. Абрамченко В. В. Пути снижения абдоминального родоразрешения // Журн. акуш. и женс. бол.— Т. XLIX.— Вып. 2.— 2000.— С. 69–74.
2. Амбодик-Максимович Н. М. Искусство повивания, или наука о бабичьем деле (на пять частей разделенная) // СПб., 1784–1786.
3. Бакит Г. А. Абдоминальное родоразрешение (кесарское сечение) в современном акушерстве // Воронеж, 1934.
4. Бородий Н. К. Д. С. Самойлович // М.: Медицина, 1985.— 96 с.
5. Бубличенко Л. И. и Мандельштам А. Э. Д. О. Отт (очерк жизни и деятельности) // Л.: Медгиз., 1960.— 144 с.
6. Гентер Г. Г. Учебник акушерства // Л., 1938.
7. Довженко Г. И., Струков В. А. Кесарево сечение в современном акушерстве // Акуш. и гин.— 1967.— № 9.— С. 65–67.
8. Кесарево сечение // Под ред. В. И. Краснопольского. 2-е изд.— М.: ТОО Техлит, Медицина, 1997.— 285 с.
9. Кутер А. А. Руководство к изучению акушерской науки // СПб.: Типогр. Якова Трея, 1857–1858.
10. Краснопольский В. И., Логутова Л. С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журн. акуш. и женс. бол.— Т. XLIX.— Вып. 1.— 2000.— С. 88–94.

11. *Красовский А. Я.* Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза // Изд. 4-е.— СПб., 1889.
12. *Лебедев А. И.* Кесарское сечение или краниотомия на живом плоде? СПб., 1888.— С. 7.
13. *Слепых А. С.* Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве // М.: Медицина, 1968.— 231 с.
14. *Слепых А. С.* Абдоминальное родоразрешение. Л.: Медицина. 1986.— 190 с.
15. 100 лет деятельности Центрального Клинического Повивального Института (1797–1897) // Историко-медицинский очерк / Под ред. Д. О. Отта.— СПб., 1898.
16. 150 лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии МЗ СССР // Л., 1947.— Т. 2.— С. 86.
17. *Уммер А. И.* Кесарское сечение в родильном доме им. профессора Снегирева за 10 лет (1936–1945) // Сборник посвященный 175-летию родильного дома им. профессора Снегирева.— Л., 1949.— С. 124–136
18. *Чернуха Е. А.* Кесарево сечение — настоящее и будущее // Акуш. и гин.—1997.—№ 5.— С. 22–28.
19. *Lindemann Andreas.* Partu preternaturali, qvem sine matris avt foetus sectione absoluere non li cet operatori 1755.

CESAREAN IN ST. PETERSBURG

Tseliov Yu. V.,
Pakhomov A. A.,
Gaivoronskikh D. I.