

Н. С. СОКОЛОВА

## Об активном методе выделения последа по способу д-ра Роговина

Из Гетюшской участковой больницы

Большинство акушеров придерживаются убеждения, что выжидательный метод выделения последа является наиболее безопасным для матери. Метод настолько вкоренился в практику всех акушерских лечебных заведений, что за свои 20 лет врачебной деятельности, посещая многие родильные отделения клиники и больницы, я ни разу не видела при нормальных родах иного способа выделения последа. Только в патологических случаях допускается способ Креде или ручное отделение последа. Статья Бергалья в журнале „Акушерство и гинекология“ за 1936 г. напоминает о существовании другого, более активного и быстрого способа выделения последа при нормальных родах.

В отечественной литературе удалось найти 3 работы, посвященные данному вопросу: Роговина (Ак. и гин. за 1936 год), Романова и Данилова (Каз. мед. журн., 1935 г., № 5) и указанная выше статья Бергалья.

Д-р Роговин производит выделение последа следующим образом: в первую минуту после родов, после отделения ребенка от матери, оставшаяся пуповина крепко захватывается кохеровским пинцетом на расстоянии 10 сантиметров от половой щели и осторожно натягивается. В это же время другая рука, положенная так, что охватывает нижний сегмент матки, производит толчкообразные движения, одновременно приподнимая матку вверх, как бы стягивая ее с лежащего в ней последа. Комбинации всех этих движений Роговин придает большое значение, объясняя действие этого способа довольно сложной механической теорией.

Романов и Данилов применили в 230 случаях технику точно по Роговину. Бергаль потягивает за намотанную на кохеровский пинцет пуповину с одновременным поколачиванием брюшной стенки в области передней поверхности матки. Все они имели большой процент удачного отделения последа.

Роговин наблюдал 1 случай неудачного отделения последа на 500 родов. За все время он не видел отрыва долек или частей плаценты, имел 0,2% ручного отделения последа, 1 раз оборвалась пуповина. Средняя потеря крови 54 г в первые минуты после отделения последа и 124 г в течение первых 2-х часов; лихорадящих родильниц—6,5%.

Романов и Данилов (230 сл.) имеют 97% удачного отделения последа по Роговину; 7 случаев неудачного отделения. Задержание оболочек в 3%, пуповина оборвалась 5 раз, было одно выскабливание

по поводу задержания оболочек и одно ручное отделение последа по поводу сомнительной плаценты. Средняя потеря крови в первые минуты 14,4, в последующие 2 часа—319,0. Свыше 800,0 потеря крови в 7 случаях, послеродовой период с осложнениями в 7,3%.

Бергаль (200 случаев) имел 87,5% удачного выделения последа в первые 1½ минуты, одно выскабливание матки с удалением частей последа, 3 случая кровотечений свыше 800,0—1000,0, при средней потере крови 150,0, 8% осложнений в послеродовом периоде.

Все три автора отмечают наиболее удачное выделение последа по Роговину в первые 2—3 минуты после родов и в большинстве случаев—ровную, гладкую поверхность последа.

В Тегусской больнице послеродовой период по Роговину был проведен в 172 случаях, т. е. в 59% родов за период наблюдения. Первородящих было 48, повторнородящих 124. В течении родов дали различные отклонения от нормы 37 рожениц: многоводие 7, маловодие 1, узкий таз, закончившийся кесарским сечением—1, выходные щипцы—1, преждевременное отхождение вод—6, слабые потуги—4, разрыв пузыря—8, недоношенные на 9-м лунном месяце плоды—2, двойни—1, косо-суженный таз—1, лицевое, ягодичное, задний вид затылочного предлежания—по 1, разрыв промежности—2.

Минимальная продолжительность родов 3,5 часа, максимальная 64—75 часов. Средняя продолжительность 12 часов. Произведено обезболиваний родов в 61 случае. При обезболивании употреблялись следующие средства: экстракт белладонны, пантопон, сернокислая магнезия, вино, хлорал-гидрат, эфир. Соответственно они вводились внутрь, под кожу и в суппозиториях. Послед отделялся по способу Роговина, но с некоторым изменением. Немедленно после родов ребенку перевязывалась пуповина. Материнский конец пуповины отрезался на расстоянии 10 см от промежности. Конец пуповины, свисающий из влагалища, зажимался у обрезанного конца кохеровским пинцетом и накручивался на последний один или два раза, пуповина натягивалась левой рукой за пинцет с небольшой силой, отнюдь не допуская ощущения отрыва пуповины. Правая рука акушера накладывалась на нижний сегмент матки (акушер—слева от роженицы) так, что 4 пальца кисти ложились справа от него, а большой палец слева. Рука производит неторопливые, вибрационные движения пальцами; стараясь концами последних раздражить боковые поверхности нижнего сегмента, рассчитываем таким образом на раздражение прилегающего здесь Франгенгейзеровского симпатического сплетения. Движение матки вверх к пупку при этом не производится. Через ½—1 минуту, почти как правило, пуповина, находящаяся вне половой щели, удлиняется. Продолжая вибрационные движения у нижнего сегмента матки, наматываем пуповину на пинцет еще раз до 10 см от промежности и снова натягиваем. При длинной пуповине такое наматывание ее производится 2—3 раза. Через ½—1 минуту рука ощущает большую подвижность вышележащего последа, промежность слегка выполяется и из половой щели показывается край последа. В этот момент прекращаем вибрационные движения, левая рука продолжает натягивать пуповину, родильница высоко приподнимает таз над поверхностью кровати и тужится. Послед легко вываливается на постель, увлекая за собой оболочки в силу тяжести. Все это происходит в течение 1½ минут, в большинстве случаев без всяких протестов со стороны матери. Акушерка

приводит в порядок ребенка, время от времени подходя к родильнице и проверяя степень сокращения матки. В случае ее расслабления и появившегося кровотечения массирует матку. Если этого недостаточно для остановки кровотечения, кладет лед и впрыскивает эрготин под кожу.

На 172 случая не удалось отделить послед в 3-х случаях. В одном из них появилось ощущение отрыва пуповины, один впоследствии отделен по Креде, третий пытались отделить по Роговину через 10 минут после родов.

В большинстве случаев послед выделялся целый, очень опрятный с виду, с гладкой материнской поверхностью, с небольшим количеством сгустков крови на ней или совсем без сгустков, оболочки целые, не разъединенные; рваные оболочки отмечены в 6-ти случаях, т. е. в 3,5%. Один раз после отделения послета по Роговину было произведено ручное обследование маточной полости с удалением дольки послета величиной с 10-копеечную монету.

На 172 случая отделения послета мы имели в 26 случаях (14,1%) маточные кровотечения, которые заставили акушера насторожиться и прибегнуть к тому или другому вмешательству для его остановки (массаж, лед, кровоостанавливающие средства, в одном случае—ручное отделение небольшого остатка послета). Кровотечение обычно вскоре прекращалось. В большинстве случаев после отделения послета матка очень хорошо сокращается. Через несколько минут она расслабляется, и в случаях сильных кровотечений кровь выделяется струей. Повидимому, очень сильное сокращение в первый момент после выделения послета предрасполагает к последующему сильному расслаблению маточной мышцы. Если в этот момент произвести массаж, положить лед или вспрыгнуть эрготин, то кровотечение прекращается.

Сильное кровотечение в первые минуты отмечено в 8 случаях (4,6%) и в следующие минуты, до часа включительно, в 4 сл. (2,3%), остальные 14 случаев кровотечений трактовались, как порядочные или средней силы, т. е. не превышали 400,0. Наш процент последовых кровотечений несколько выше, чем у предыдущих авторов, но все случаи закончились благополучно, и общее состояние матерей было удовлетворительно. Изящный же вид послета с гладкой материнской поверхностью и в большинстве случаев с совершенно целыми оболочками позволял нам быть спокойными и уверенными в том, что полость матки чиста и кровотечение зависит только от недостатка сократительной способности матки.

Более высокий процент последовых кровотечений у нас по сравнению с другими авторами мог быть от следующих обстоятельств:

1. Опытность акушеров, проводящих роды, разная, что несомненно могло отражаться на правильности техники выделения послета.
2. У 68 рожениц было произведено обезболивание родов.
3. В 37 случаях из 172 имелось налицо патологическое отклонение от нормального течения родов.

Эти три обстоятельства несомненно могли отразиться на правильности маточных сокращений в последовом периоде.

В 8-ми случаях сильного последового кровотечения имело место обезболивание родов с применением эфира. В одном случае было произведено кесарское сечение. В 6-ти случаях кровотечения средней силы отмечается разрыв пузыря и слабость схваток. Таким образом,

из 26 родов с последующим кровотечением 14 прошли с применением обезболивающих средств или имелась налицо слабость схваток. Тем не менее в конечном итоге роды закончились благополучно, дали хороший послеродовый период. Отмечено в одном случае однократное повышение температуры до 39,1, в 4-х—до 38 и в 3-х—до 37,5°. В 3-х случаях—незначительная *tubinvolutio uteri*.

Среднее пребывание родильниц в больнице 3,5 дня.

Случай выделения последа по Роговину при кесарском сечении интересен тем, что и в данном случае при потягивании за пуповину и при вибрационном поколачивании нижнего сегмента с обеих сторон послед легко и совершенно отделился. Впоследствии этот прием повторялся нами еще в нескольких случаях кесарского сечения всегда с благоприятным результатом и без обследования рукой маточной полости.

Отнюдь не считая способ выделения последа по Роговину совершенным в виду довольно больших цифр последующих кровотечений у нас, я полагаю, однако, что им пользоваться вполне допустимо, а при профилактическом массаже и впрыскивании эрготина в случае нужды в период первого расслабления матки—безопасно.

Поступила 13.IX.1938.