

УДК 616.381-002-02:618.5/-089.888

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В.Т. Рыскельдиева, А.Д. Джумалиева

Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме осложнений после операции кесарева сечения. В данной работе рассматриваются вопросы сохранения репродуктивной функции при генерализованных гнойно-септических осложнениях и несостоятельности шва на матке после кесарева сечения. Данная проблема мало изучена и требует дальнейших исследований, дискуссионным продолжает оставаться вопрос о возможности органосохраняющей операции при перитоните и несостоятельности шва на матке после кесарева сечения. Обосновывается идея о том, что сохранение детородного органа в такой ситуации возможно и зачастую необходимо. В статье представлено описание клинических случаев выполнения органосохраняющих операций при расхождении швов на матке после кесарева сечения и развитии перитонита. Предложен альтернативный гистерэктомии способ проведения операции метропластики и широкого дренирования брюшной полости.

Ключевые слова: акушерский перитонит; несостоятельность шва на матке; кесарево сечение; метропластика.

КЕСАРДЫК ЖАРЫП АЛУУДАН КИЙИН ЖАТЫНДЫ ТИГҮҮ МҮМКҮН БОЛБОГОН УЧУРДА АКУШЕРДИК ПЕРИТОНИТКЕ КАРШЫ ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУ УЧУН ДАРЫЛОО

Макала бүгүнкү күндөгү актуалдуу маселелердин бири болуп эсептелген кесардык жарып алуу операциясынан кийинки татаалдашуу көйгөйүнө арналган. Бул эмгекте генерализацияланган ириндүү-септикалык татаалдашууларда жана кесардык жарып алуудан кийин жатынды тигүү мүмкүн болбогон учурда аялдын репродуктивдик функциясын сактап калуу маселеси каралат. Бул маселе аз иликтенген жана андан аркы изилдөөлөрдү талап кылат, кесардык жарып алуудан кийин перитонитте жана жатынды тигүүгө мүмкүн болбогон учурда органды сактап калуучу операциялардын мүмкүндүгү жөнүндө маселе ачык бойдон калууда. Төрөт органын сактап калуу мындай кырдаалда мүмкүн жана көпчүлүк учурда зарыл экендиги жөнүндө идея негизделет. Макалада кесардык жарып алуудан кийин жатынга салынган тигиштер айрылып кеткен учурда жана перитониттин өнүгүүсүндө органды сактап калуучу операциялар аткарылган клиникалык учурлардын сүрөттөмөсү берилген. Метропластика операциясын жана ич көңдөйүн кеңири дренаждоо жүргүзүүнүн гистерэктомияга альтернативдүү ыкмасы сунушталды.

Түйүндүү сөздөр: акушердик перитонит, жатынга тигиш салууга мүмкүн эместик; кесардык жарып алуу; метропластика.

ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF OBSTETRIC PERITONITIS IN THE FAILURE OF THE SUTURE ON THE UTERUS AFTER CESAREAN SECTION

V.T. Ryskeldieva, A.D. Dzhumalieva

The article is concerned with currently problems of complications after caesarian operation. In this work, we consider such issues as preservation of reproductive function with generalized purulent-septic complications and suture failure on uterus after cesarean operation. The given problem is poorly known and calls for further investigations, the question of possibility of organ preservation surgery with peritonitis continues to be disputing and suture failure on uterus after cesarean operation. It is substantiated that the idea of preservation of reproductive performance in that situation is possible and often necessary. The clinical cases of performing organ preservation surgery in the case of suture line disruption on uterus after cesarean operation and development of peritonitis. The alternative hysterectomy of method of operation in metroplasty and broad abdominal drains is suggested.

Keywords: obstetric peritonitis; insufficiency of the suture on the uterus; cesarean section; metroplasty.

Введение. Актуальная проблема современного акушерства – поиск менее радикальных, в отличие от гистерэктомии, способов лечения генерализованных гнойно-септических осложнений после кесарева сечения. Гистерэктомии после кесарева сечения

из-за несостоятельности шва на матке подвергаются молодые женщины детородного возраста, а само кесарево сечение – наиболее часто выполняемая акушерская операция. Частота во многих странах превышает 22 % (Канада, Швеция), в некоторых

(США, страны Латинской Америки, Китай) достигает 30 % и выше. В России и Казахстане частота оперативного родоразрешения составляет, в среднем, 10 % [1–3]. По данным НЦОМиД г. Бишкек, этот показатель в 2014 г. составил 23,9 %, а в 2016 г. достиг 27,8 % и по сегодняшний день проявляет тенденцию к увеличению. Не исключается дальнейший рост количества оперативного родоразрешения в нашей стране, обусловленного увеличением числа первородящих старшего возраста, наличием кесарева сечения в анамнезе, рубцовыми изменениями в матке после миомэктомии, рост процента женщин после экстракорпорального оплодотворения, расширение показаний к кесаревому сечению в интересах плода [4–7]. По данным мировой литературы, каждая четвертая беременная родоразрешается путем кесарева сечения и у каждой пятой оперированной пациентки послеоперационный период протекает с осложнениями [7], один из которых – несостоятельность швов на матке. Основная причина формирования несостоятельности швов на матке после кесарева сечения и генерализации инфекционного процесса является местный воспалительный процесс в матке. По данным авторов [8, 9], частота гнойно-септических осложнений после кесарева сечения колеблется в пределах от 13,3 до 54,3 %, а у женщин с высоким инфекционным риском они достигают 91 % [10, 11]. Несостоятельность швов на матке с развитием перитонита оказывается распространенной патологией, приводящей к повторному хирургическому вмешательству. В акушерско-гинекологической практике при подобной ситуации проводится – экстирпация послеродовой матки с маточными трубами [12, 13], что лишает женщину возможности дальнейшей реализации ее репродуктивной функции и существенно снижает качество жизни.

Известны два органосохраняющих способа лечения несостоятельности швов после оперативных вмешательств на матке.

Первый: оперативное вмешательство производится после купирования симптомов воспаления в матке в, так называемый, “холодный” период, после 12-х суток послеоперационного периода. Результат (сохранение детородного органа) достигается при отсутствии разлитого гнойного процесса в брюшной полости, абсцедирования позадиматочного и маточнопузырного пространства, т. е. при условии стихания острого воспаления в матке [14, 15]. *Второй:* оперативное вмешательство выполняется в острый период при образовании пузырно-маточного абсцесса [14]. Результат (сохранение детородного органа) достигается также при отсутствии разлитого гнойного процесса в брюшной полости, но возможен при наличии локальных абсцессов в позадиматочном и/или маточнопузырном про-

странствах. При выполнении оперативного вмешательства производится кюретаж матки и ее ушивание двухрядными отдельными викриловыми швами. Во всех случаях производится дополнительная операция – резекция сальника и перитонизация швов на матке кусочком резецированного сальника. Далее полость матки дренируется с выведением дренажа через влагалище. Кроме этого дренируется и брюшная полость. В послеоперационном периоде проводится промывное дренирование полости матки и применяются эфферентные методы лечения – ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез и физиолечение – электролиминация антибиотиков, электрофорез с димексидом, переменное магнитное поле. Все вышеописанные мероприятия проводятся в течение одной недели.

Оба способа сохраняют детородный орган (матку) и предупреждают возникновение разлитого перитонита вследствие несостоятельности швов на матке после кесарева сечения, но не могут применяться при более тяжелом состоянии пациенток, т. е. при уже развившемся у нее разлитом гнойном перитоните (распространенный гнойный процесс всей брюшной полости), при котором показано удаление матки.

Цель исследования – представить органосохраняющий способ лечения перитонита после кесарева сечения при несостоятельности швов на матке.

Пример 1

Больная А., 31 год, жительница г. Бишкек поступила в отделение оперативной гинекологии с жалобами на боли в области грудной клетки и внизу живота, затрудненное дыхание, затрудненное отхождение газов, вздутие живота, гнойевидные выделения из половых путей.

При поступлении пульс 100 ударов в минуту; артериальное давление 100/70; частота дыхания 25 в минуту. Количество выделяемой мочи не нарушено.

Из анамнеза: пять дней назад проведена операция кесарево сечение по поводу клинического несоответствия между размерами головки плода и таза матери. *Объективно:* Состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Язык сухой. Живот слегка вздут. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в нижних отделах. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят с трудом, редко. Самостоятельного стула после кесарева сечения не было. Швы на передней брюшной стенке инфильтрированы. *Лабораторные данные:* Уровень гемоглобина – 92,1 г/л; уровень лейкоцитов в крови – $16,9 \times 10^9$; палочкоядерный сдвиг влево – 9 %; СОЭ – 50 мм/ч; креатинин сыворотки крови – 70,1 ммоль/л; уровень общего белка в плазме крови – 67,9 г/л.

Данные функциональных исследований. **Ультразвуковое исследование** – выпот в брюшной полости со скоплением густой, предположительно геморрагической жидкости в позадидиматочном пространстве, гепатоспленомегалия. **Рентгенография легких:** Рентгенологические признаки без особенностей. Рентгенография брюшной полости: Рентгенологические признаки кишечной непроходимости. **С диагнозом:** Пятые сутки послеоперационного периода. Перитонит. Несостоятельность швов на матке? Анемия легкой степени большая подана на оперативное лечение.

Описание операции. По вскрытии брюшины, в брюшной полости гной в большом количестве (сразу удален вакуумным отсосом), слипшиеся петли тонкого и толстого кишечника, на которых имеется фибриновый налет. Швы на матке частично несостоятельны (дефект в левой трети шва длиной 4 см.). Сняты швы с пузырно-маточной складки. С большими техническими трудностями ввиду интимного спаивания с маткой отделена и спущена пузырно-маточная складка. Обнажено пузырно-маточное пространство. Сняты швы с нижнего сегмента матки. Полость матки санирована марлевым тампоном и затем обработана спиртом. Края раны на матке иссечены в пределах здоровой ткани. Разрез на матке ушит Z-образными отдельными швами в один ряд. **Перитонизация швов не проведена.** Далее проведена ревизия брюшной полости, разъединение спаек, ушивание десерозированных участков петель тонкого и толстого кишечника. Санирована брюшная полость теплым физиологическим раствором. Дренажирование правого и левого боковых каналов, заднего и переднего сводов малого таза дренажными трубками большого диаметра. По ходу дренажных трубок выведены резиновые выпускники. Брюшная стенка ушита послойно наглухо.

Таким образом, большой проведена органосохраняющая операция метропластика с диагнозом: V сутки послеродового послеоперационного периода. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит после кесарева сечения на фоне несостоятельности швов на матке. Собственно сепсис.

В послеоперационном периоде уровень общего белка снижался до 49 г/л. Уровень лактатдегидрогеназы сыворотки крови возрастал до 4,09 ммоль/л. Уровень гемоглобина был до 72 г/л.

Больная выписана на 14-е сутки после релапаротомии в удовлетворительном состоянии. Данный случай имел место в ноябре 2014 г. В декабре 2014 г. был проведен повторный осмотр. Больную беспокоили жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Через 2,5 года (март 2017) больная обратилась по поводу прерывания замершей в 8 недель беременности.

Пример 2

Больная Т., 19 лет, жительница г. Бишкек. Проведено кесарево сечение по поводу клинического несоответствия между размерами головки плода и таза матери. На третьи сутки послеоперационного периода отмечается: температура 38 градусов, пульс – 102 ударов в минуту. **Рентгенскопия органов грудной клетки** – без патологии, органов брюшной полости – умеренное вздутие петель тонкого кишечника. Гемоглобин – 94,1 г/л, лейкоциты – 11,9, п-я – 3; СОЭ – 31 мм/ч. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 9500. С диагнозом Послеродовая лихорадка проведена ручная вакуум-аспирация. Назначена антибиотикотерапия. На седьмые сутки после операции проведена смена антибиотиков, так как отмечалось субфебрильное повышение температуры тела. На восьмые сутки: жалобы на тянущие боли внизу живота, общую слабость, на фоне антибиотикотерапии – температура тела до 37,5. **Объективно:** Состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом раздражения брюшины слабо положительный. Рана на передней брюшной стенке инфильтрирована, отделяемое гнойное. Сверху раны по белой линии живота, в среднем квадранте определяется образование размером 3 на 4 см, при пальпации болезненное. **Лабораторные данные:** Уровень гемоглобина – 103 г/л; уровень лейкоцитов в крови – $12,5 \times 10^9$; СОЭ – 21 мм/ч; креатинин сыворотки крови – 77,4 ммоль/л; уровень общего белка в плазме крови – 49,0 г/л, лактатдегидрогеназа сыворотки крови – 3,04 ммоль/л.

Данные функциональных исследований. **Рентгенологическое исследование:** в синусах легких реактивный, небольшой выпот с обеих сторон. Печень увеличена. **ЭхоКГ:** недостаточность митрального клапана 1 ст. Недостаточность трикуспидального клапана 1 ст. Минимальная недостаточность аортального клапана. Умеренно выраженная легочная гипертензия. **Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:** в подпеченочном пространстве и в правом боковом кармане визуализируется сводчатая жидкость 3,8 и 3,5 см соответственно. **С диагнозом:** Тяжелый сепсис. Несостоятельность швов на матке? Перитонит. Плеврит. Полисерозит. Инфицированная рана передней брюшной стенки. Нагноение межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Недостаточность митрального клапана 1 ст. Недостаточность трикуспидального клапана 1 ст. Анемия 1 ст пациентка подана на оперативное лечение.

Описание операции. При вскрытии передней брюшной стенки под апоневрозом в межмышечном пространстве визуализируется гной в объеме 50 мл.

При вскрытии брюшной полости в переднем своде – серозный выпот, инфильтрация предпузырного пространства и задней стенки мочевого пузыря. Тело матки увеличено до 16 недель беременности, плотное, розового цвета, на осмотр сокращается. При ревизии швов определяется частичная несостоятельность швов на матке в левом углу. Швы на матке распущены. Произведена обработка полости матки спиртом и санация марлевой салфеткой. Произведено иссечение краев раны. Ушиты отдельными Z-образными викриловыми швами через все слои. **Перитонизация не произведена.** При ревизии органов брюшной полости определяются рыхлые спайки, ткани слегка инфильтрированы. Париаельный и висцеральный листки брюшины отечны. Рыхлые спайки разъединены. Брюшная полость тщательно санирована раствором Декосана, осушена. Произведено широкое дренирование брюшной полости (передний, задний свод, боковые карманы). Передняя брюшная стенка ушита послойно. На кожу наложены отдельные викриловые швы по Донати.

Таким образом, больной проведена органосохраняющая операция метропластика с диагнозом: Тяжелый сепсис. Частично несостоятельные швы на матке. Инфицированная рана передней брюшной стенки. Нагноение межмышечной гематомы передней брюшной стенки. Диффузный серозный перитонит. Плеврит. Полисерозит. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Анемия 1 степени.

Больная выписана на 10-е сутки после релапаротомии в удовлетворительном состоянии. Данный случай имел место в январе 2018 г. В марте 2018 г. был проведен повторный осмотр. У больной диагностировано начало менструации.

Пример 3

Больная Б., 33 лет, переведена в отделение оперативной гинекологии из акушерского отделения с жалобами на общую слабость, чувство жара, периодически в вечернее время озноб. При поступлении пульс 108 ударов в минуту; артериальное давление 120/80 мм рт. ст.; частота дыхания 22 в минуту, температура тела – 38,5 градусов. Количество выделяемой мочи не нарушено. Стул самостоятельный, иногда жидкий. **Из анамнеза:** XII сутки после перенесенного кесарева сечения по поводу рубца на матке после двух кесаревых сечений, длительного безводного промежутка при поперечном положении плода. С третьих суток послеоперационного периода отмечались подъемы температуры тела. Был выставлен диагноз послеродового эндометрита, проведена ручная вакуум-аспирация содержимого полости матки, назначена антибактериальная терапия. Несмотря на проводимые мероприятия, температура тела по-

вышалась в вечернее время, лечение без эффекта. Роды четвертые. **Объективно:** Состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Швы на передней брюшной стенке инфильтрированы. **Лабораторные данные:** Уровень гемоглобина – 64,0 г/л; уровень лейкоцитов в крови – $6,7 \times 10^9$; палочкоядерный сдвиг влево – 13; СОЭ – 52 мм/ч; креатинин сыворотки крови – 57,2 ммоль/л; уровень общего белка в плазме крови – 56,0 г/л.

Данные функциональных исследований. **Ультразвуковое исследование** – над маткой эхонегативное образование неоднородной структуры с неровными и нечеткими контурами размерами 102 x 125 мм. (гематома?). В заднем своде жидкость до 7 мм. **Рентгенография легких:** Рентгенологические признаки без особенностей. ЭхоКГ – аневризма межпредсердной перегородки R-типа. Тахикардия. **С диагнозом:** Двенадцатые сутки послеоперационного периода. Гематома передней брюшной стенки? Несостоятельность швов на матке? Анемия тяжелой степени больная подана на оперативное лечение.

Описание операции. По вскрытии брюшины в брюшной полости мутная гнойная жидкость с резким неприятным запахом в количестве 1000 мл. Слипшиеся петли толстого кишечника, на которых имеется фибриновый налет. Петли кишечника спаяны с передней и задней стенками матки. Швы на матке полностью несостоятельны (дефекты по всей длине шва). Сняты швы с пузырно-маточной складки. С большими техническими трудностями ввиду интимного спаивания с маткой отделена и спущена пузырно-маточная складка. Обнажено пузырно-маточное пространство. Сняты швы с нижнего сегмента матки. Полость матки санирована марлевым тампоном и затем обработана спиртом. Края раны на матке иссечены в пределах здоровой ткани. Разрез на матке ушит Z-образными отдельными швами в один ряд. **Перитонизация швов не проведена.** Далее проведена ревизия брюшной полости, разъединение спаек, ушивание десерозированных участков петель тонкого и толстого кишечника. Санирована брюшная полость теплым раствором Декосана. Дренирование правого и левого боковых каналов, заднего и переднего сводов малого таза дренажными трубками большого диаметра. По ходу дренажных трубок выведены резиновые выпускники. Брюшная стенка ушита послойно наглухо.

Таким образом, больной проведена органосохраняющая операция метропластика с диагнозом: XII сутки послеоперационного периода. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит после кесарева сечения на фоне несостоятельности швов на матке. Анемия тяжелой степени.

Больная выписана на 30-е сутки после релапаротомии в удовлетворительном состоянии. Послеоперационный период осложнился неполной эквентерацией кишечника размером 12,0 x 8,0 см., дном которой являлись брюшина и петли тонкого кишечника. На рану наложены дополнительные швы. После релапаротомии неоднократно повышалась температура тела до 38,5 градусов. Проводилась трехкратная смена антибактериального препарата.

В послеоперационном периоде обим роженицам проводилось обезбоживание (опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты), назначен стол 0 первые трое суток, парентеральное питание; инфузионная терапия (рингер – лактат, NaCl – 0,9%-ный), коррекция электролитов и кислотно-щелочного состояния крови (сорбилакт 800,0), профилактика стрессовых язв (квamatел 40 мг – 1 раз в сутки внутривенно), профилактика тромбо-эмболических нарушений (чулки, фраксипарин 0,4 x 1 раз в сутки всего 3 раза, Тромбо Асс 100 мг, всего 10 таб.), антибиотикотерапия – в первые 2 суток – фторхинолоны IV поколения – моксикум 400,0 x 2 раза в сутки внутривенно капельно, антимикотическая терапия, коррекция гипопроотеинемии (альбумин 20%-ный – 50,0 однократно), стимуляция перистальтики кишечника, коррекция гипокоагуляции (свежезамороженная одногруппная плазма 2 дозы), коррекция кислородо-транспортной функции крови; для профилактики острого почечного повреждения фуросемид под контролем центрального венозного давления, также были назначены утеротоники (окситоцин).

Данным способом в Кыргызской Республике с 2014 года было проведено 8 операций. Все они закончились успешно с сохранением детородного органа, восстановлением менструальной функции и беременностью у двоих пациенток.

Таким образом, преимущества данного способа заключаются в сохранении детородного органа (матки), улучшении качества жизни женщины, а также повышении вероятности дальнейшей реализации репродуктивной функции женщины при разлитом гнойном процессе во всей брюшной полости без кюретажа матки, ее дренирования, иссечения куса сальника, перитонизации и применения дорогостоящих эфферентных методов лечения в послеоперационном периоде.

Накопленный опыт дает основание полагать, что применение органосохраняющих операций в комплексном лечении акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке является альтернативой традиционной радикальной тактике.

Литература

- Кулаков В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В.И., Л.В. Адамьян, С.И. Аскольская. М.: Медицина, 1999. С. 135–148.
- Сидорова И.С. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, С.А. Леваков. М.: ООО “МИА”, 2006. 128 с.
- Чиладзе А.З. Современные методы лечения тяжелых форм акушерских гнойно-септических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.З. Чиладзе. М., 1989. 33 с.
- Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии / В.В. Абрамченко, Д.Ф. Костючек, Э.Д. Хаджиева. СПб.: СпецЛит, 2005. 459 с.
- Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, Л.П. Павлова и др. СПб.: ООО “Издательство Н-Л”, 2002. 432 с.
- Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. М., 2004.
- Краснопольский В.И. Гнойная гинекология. / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. М.: МЕДпресс, 2001. С. 195–222.
- Изимбергенов Н.И. Внутрикшечная зондовая озонотерапия в хирургии разлитого гнойного перитонита / Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.А. Елемисов, К.С. Абишев. Актобе, 2002. 198 с.
- Тусупкалиев А.Б. Органосохраняющие операции при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения / А.Б. Тусупкалиев, Б.Ж. Каримова, С.Ю. Шиканова, Ж.Ж. Дарибай. Медицина. 2013. № 6 (132). С. 38–40.
- Кэмпбелл Ст., Луза К., ред. Акушерство от десяти учителей / пер. с англ. 17-е изд. М.: МИА, 2004. 464 с.
- Стрижаков А.Н. Органосохраняющее хирургическое лечение при несостоятельности шва на матке и перитоните после кесарева сечения / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев и др. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. № 7 (3). С. 5–10.
- Timonen S., Castren O., Kivalo I. Cesarean section: low transverse (Pfannenstiel) or low midline incision // Ann. Chir. Gynaecol. Fenn. 1970; 59 (4): 173–176.
- Youssef N., Berrafato V., Mida M., Vitse M., Boulanger J.C. Evolution of the parietal incision in cesarean sections, Rev. // Fr. Gynecol. Obstet. 1989; 84 (10):651–7.
- Буянова С.Н. Диагностика, лечение и профилактика отсроченных осложнений кесарева сечения / С.Н. Буянова, Т.Н. Сенчакова, Н.А. Щукина // Акушерство и гинекология. 1997. № 1. С. 65–68.
- Пучкова Н.В. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз: дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Пучкова. М., 2014. С. 69–72.