

3. *Бактериальный вагиноз и его влияние на послеабортные осложнения: Обзор / Л. В. Иванова, Л. А. Штивель, А. М. Попов, Н. Н. Немец // Журн. акушерства и женск. бол-лезней. — 1999. — Вып. 4. — С. 61-64.*

4. *Выявление и коррекция нарушений обмена макро- и микроэлементов: Метод. рекомендации / А. В. Скальный, А. Т. Быков, М. Г. Скальная и др. — М., 2000. — 32 с.*

5. *Запорожан В. М., Мищенко В. П. Антропогеннозалежні стани в акушерстві та перинатології. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2001. — 154 с.*

6. *Запорожан В. Н., Гоженко А. И., Мищенко В. П. Состояние проблемы гестационных микроэлементозов // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України. — 2001. — № 1 (11). — С. 6-11.*

7. *Зербино Д. Д. Экологическая патология и экологическая нозология // Архив патологии. — 1996. — Т. 58, № 3. — С. 10-15.*

8. *Зербино Д. Д., Соломенчук Т. Н., Постышиль Ю. А. Свинец — этиологический фактор поражения сосудов: основные доказательства // Там же. — 1997. — № 1. — С. 9-12.*

9. *Мищенко В. П. Вплив токсичних металів на перебіг пологів у жінок, інфікованих інфекціями групи TORCH // Матеріали X З'їзду акушерів-гінекологів України. — Одеса, 1996. — С. 16.*

10. *Мищенко В. П. Проблема микроэлементозов в акушерстве и перинатологии // Междунар. мед. журнал. — 2001. — № 2. — С. 38-41.*

11. *Мищенко В. П., Нікогосян Л. Р. Клінічне значення вмісту в крові вагітних макро-, мікроелементів при багатоводді // Вісн. наук. досліджень. — 2003. — № 1. — С. 65-68.*

12. *Мищенко В. П., Тимофеева С. В. Піелонефрит вагітних при вмісті в крові токсичних металів у допустимих концентраціях і вище // ПАГ. — 2000. — № 4. — С. 84-86.*

13. *Мищенко В. П. Плацентарна недостатність в умовах сучасної екологічної ситуації (діагностика, профілактика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (14.01.01) / Одес. держ. мед. ун-т. — Одеса, 1998. — 32 с.*

14. *Чайка В. К. Инфектология. — Донецк, 1998. — 177 с.*

15. *Шендеров Б. А. Микробная экология и функциональное питание. — М.: Изд-во ГРАНТЬ, 1998. — Т. 2. — 416 с.*

**УДК 618.41-174-055.2:616-002.3**

**Е. В. Шамік**

## **ПЕРСПЕКТИВИ ЗМЕНШЕННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ**

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

**УДК 618.41-174-055.2:616-002.3**

**Э. В. Шамик**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ УМЕНЬШЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ**

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

Сегодня наиболее распространенным методом хирургических родов является кесарево сечение. В статье представлены средства профилактики осложнений кесарева сечения.

Эта проблема в дальнейшем требует более глубокого, многогранного изучения, разработки высокоэффективной комплексной профилактики, направленных на этиопатогенетические звенья осложнений на протяжении беременности, родов, послеродового периода.

**Ключевые слова:** профилактика, кесарево сечение, диагностика, гнойно-септические осложнения, тактика ведения.

**UDC 618.41-174-055.2:616-002.3**

**E. V. Shamik**

## **PROSPECTS FOR DECREASE IN INCIDENCE OF PYO-SEPTIC COMPLICATIONS DURING CESAREAN SECTION**

*The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine*

Nowadays the most popular method of surgical confinement is cesarean section. The methods of prophylactic of complications of cesarean section are presented in this article.

The given problem further requires deeper and many-sided research, working out high-effective complex prophylaxis directed at all ethiopathogenetic sections of complications during pregnancy, labour, post-natal period.

**Key words:** prophylaxis, cesarean section, diagnosis, pyo-septic complication, tactics of conducting.

Кесарів розтин (КР) є найдавнішою операцією в історії медицини. Згідно з грецькою легендою, бог лікування Асклепій був народжений за допомогою кесаревого розтину, який здійснив його батько Аполлон, що витягнув немовля з черева вмираючої матері — богині Кароніди. У стародавні часи кесарів розтин довго залишався

основним методом оперативної допомоги породіллі, хоча в стародавніх джерелах описані власне операції без згадок про результат. Кесарів розтин у нижньому сегменті матки поперечним розрізом, що нині є основним методом, було розроблено в 20-ті роки ХХ ст. у США і вдосконалено в 30-ті роки в Німеччині. У Росії техніку да-

ної операції освоїли хірурги П. Занченко (1935) і Л. Гусаков (1939).

Проблема операції КР є однією з найактуальніших у сучасному акушерстві. Протягом останніх десятиріч відмічена загрозлива тенденція до підвищення відсотка оперативних пологів [1; 2], і це, скоріше за все, пов'язано не стільки зі зміною показань до кесаревого розтину, як зі свідомою «агресивністю» акушерства, яка певною мірою стала нормою ведення вагітності й пологів і, на жаль, не завжди зі сприятливим результатом. Сьогодні вважається, що частота КР 8–9 % [3] обумовлює оптимальне співвідношення між материнською та дитячою захворюваністю і смертністю, однак, на думку автора, оптимальним показником є середній відсоток кесаревого розтину за 5–10 років (так само і показник перинатальної смертності), взятий окремо по кожному родопомічному закладу, і лише відхилення більше 2δ можна вважати за невиправданий «ультрахірургічний» напрямок у даному лікувальному закладі.

Незважаючи на певні зміни в структурі перинатальної смертності, в літературі зустрічаються лише поодинокі повідомлення про перинатальні втрати після оперативних пологів — до 1,9 % [4]. Причини перинатальної смертності при абдомінальних пологах повністю не вивчені та не з'ясовані. Пов'язано це з обмеженими можливостями прогнозування наслідку операції для плода в кожному конкретному випадку. Безсумнівно, що такі піхвові розроджуючі операції, як застосування акушерських щипців, вакуум-екстракція плода, комбінований зовнішньовнутрішній поворот, витягання плода за тазовий кінець, більш травматичні для плода, ніж своєчасно і правильно проведений кесарів розтин [5]. Враховуючи збільшення відсотка кесаревого розтину в інтересах плода, можливість зниження перинатальних втрат вбачається в створенні спеціалізованих перинатальних клінік, удосконаленні реанімаційної служби новонароджених, взагалі в акцентуації уваги не стільки на акушерстві, скільки на перинатології.

Водночас актуальним стає питання зростання гнійно-септичних ускладнень (ГСУ). Факторами, які сприяють підвищенню ГСУ, стали: створення великих акушерських стаціонарів, повторна госпіталізація жінок протягом вагітності з різними формами патології, використання інвазивних методів діагностики, впровадження в практику оперативних втручань у вагітних.

Говорячи про показання до абдомінального розродження, необхідно наголосити, що в сучасних умовах поділ на показання з боку матері та плода є умовним, тим більше, що протокол операції часто, так само як і історія пологів, оформлюється після операції, відповідно суб'єктивізм у трактуванні показань, які відображаються в звіті та мають свої діапазони, змушує практичного лікаря дещо вільніше й інакше підходити до встановлення діагнозу.

При виконанні кесаревого розтину можливі ускладнення, пов'язані з синдромом аортокавальної компресії, аспіраційним синдромом, а також труднощі при виведенні голівки плода, при кровотечі, пораненні сечового міхура, сечівника, кишечника тощо [6; 7]. У зв'язку з цим постає питання: чи кожна вагітність із показаннями до операції повинна закінчуватись оперативним розродженням? У багатьох випадках, особливо при великому плоді, сідничному передлежанні, гострій дисфункції плаценти, при моніторингу дилема «бути чи не бути» розв'язується досвідом і підходом не з боку показань до КР, а переглядом ситуації стосовно даної жінки (індивідуалізація ситуації). Тобто доцільніше говорити про оптимальну частоту абдомінального розродження при конкретному виді акушерської патології.

Кількість інфекційних ускладнень після кесаревого розтину незначна та має тенденцію до зниження. Але КР — це операція, тому можливі звичайні хірургічні ускладнення — перитоніт, повна або часткова неспроможність швів. Серед запальних ускладнень після КР найчастіше зустрічаються ендоміометрит і ранова інфекція [8; 9]. Це пов'язано з тим, що згустки крові, залишки некротизованої децидуальної тканини, які містяться в порожнині матки відразу після операції, а також локальні зміни, пов'язані з травматизацією матки під час хірургічного втручання (набряк, ішемія тканин, наявність мікрогематом у ділянці шва, велика кількість шовного матеріалу в поєднанні з постійною високою температурою), є факторами, що передують розвитку ускладнень і створюють сприятливе середовище для розвитку в матці мікроорганізмів. При ендометриті після КР відбувається первинне інфікування всієї ділянки відновленого розтину на матці та швидке поширення запального процесу за межі слизової оболонки з подальшим розвитком міометриту, лімфаденіту та метрорфлебиту. В умовах запалення порушуються репаративні процеси в розсіченій стінці матки, шовний матеріал, що має властивості гніта, в деяких випадках також сприяє розповсюдженню інфекції в міометрій і малій таз. Риторичним є питання про можливості діагностики та якості лікування ускладнень після абдомінального та природного розродження відповідно. Дуже несприятливо впливає на перебіг післяопераційного періоду одночасно з кесаревим розтином консервативна міомектомія, екстрагенітальна патологія, пізні гестози. Як відомо, ризик інфекційних ускладнень набагато вищий при проведенні першої операції порівняно з другою. До того ж інфекція після кесаревого розтину є однією з частих причин розвитку хронічних запальних захворювань жіночої статевий системи, які призводять до порушення дітородної, менструальної, сексуальної та секреторної функцій організму [10]. Враховуючи швидку генералізацію інфекції після оперативних пологів і високу материнську летальність, про-

філактика ГСУ стає дуже актуальною проблемою. Аналіз різних підходів до профілактики дозволив встановити, що за умов дотримання в родопомічних закладах заходів щодо запобігання подальшому поширенню вже існуючої інфекції чи запобігання інфікуванню під час операції та в післяопераційному періоді можна суттєво знизити ризик ГСУ.

Відсутність універсальних методів профілактики потребує системного підходу. Насамперед це стосується питання підбору кандидатів на КР. В ідеалі окремі профілактичні заходи можуть бути проведені на етапі прекоцепції службою планування сім'ї. Після настання вагітності в умовах жіночої консультації необхідно передбачати можливість розродження шляхом кесаревого розтину, своєчасно формувати відповідні групи ризику і забезпечувати своєчасне надходження до стаціонару [11]. Наявність планових та ургентних операцій потребує диференціації. При плановому оперативному втручанні проспективними дослідженнями вірогідно встановлено критерії ризику розвитку запальних ускладнень: хронічні, в т. ч. гінекологічні, та гострі інфекційні захворювання під час вагітності, екстрагенітальна патологія, юний вік. При ургентній операції до переліку можна додати численні вагінальні дослідження, хоріонамніоніт, патологію, що сприяла КР, метод кесаревого розтину, несвоєчасність, крововтрату під час операції. Зрозуміло, що переважна більшість операцій повинна проводитися в плановому порядку (з початком пологової діяльності). Крім того, зниженню частоти післяопераційних інфекційних ускладнень сприяє передопераційна санація пологових шляхів. Безпосередньо перед операцією повинна проводитися профілактика аспіраційного синдрому і синдрому нижньої порожнистої вени. При вирішенні питання про абдомінальне розродження важливим є вибір методу знеболювання. Його необхідно використовувати індивідуально з урахуванням стану вагітної (роділлі) та плода, плановості й екстреності операції. Найчастіше методом вибору анестезії при кесаревому розтині є ендотрахеальний наркоз. Препарати, які використовуються для ввідного наркозу (седуксен, каліпсол) у редукованих для матері дозах, на фоні штучної вентиляції легенів здійснюють антиоксидантну дію та забезпечують достатній нейровегетативний захист матері від операційного стресу, не спричиняють патологічних змін у плоді та порушень скоротливої діяльності матки. При плановому КР є тенденція до збільшення відсотка епідуральної анестезії, але при цьому збільшується ймовірність кровотечі. Невелике зауваження: деякі райони взагалі не забезпечені лікарем-анестезіологом, тому планові операції не виконуються.

Наступний етап — удосконалення акушерської тактики. У деяких виданнях розглядається

питання про систему стандартизації ISO 9001 : 2000, сутність якої полягає в тому, що всі спеціалісти використовуватимуть однакові погоджені методики, крім того, велике значення має визначення кінцевого результату. Зрозуміло, що перед встановленням внутрішніх стандартів у пологовому будинку методики мають виходити з перевірених джерел. Виникають питання щодо оптимальної тривалості операції, розрізу передньої черевної стінки за Пфанненштилем або нижньосереднім доступом, щодо того, який шов використовувати на матці, щодо перитонізації. Нижче наведені підходи до розв'язання цих питань.

При ознаках інфекції в організмі жінки та життєздатному плоді рекомендується екстраперитонеальний КР, від захисних варіантів багато акушерів-гінекологів відходять. Тривалість операції, звичайно, є суттєвим фактором, який впливає на перебіг післяопераційного періоду, але обов'язкова умова — це ретельність виконання техніки операції, обережне витягання плода. Ще одним резервом зниження частоти післяопераційних ГСУ є використання сучасних шовних матеріалів — дексону та вікрилу. Зупинимося на деяких моментах розповсюдженого КР у нижньому матковому сегменті. Аналіз літератури свідчить, що акушери віддають перевагу розрізу передньої черевної стінки за Пфанненштилем, переваги якого полягають у високій міцності рубця, меншій вираженості підшкірної жирової клітковини, меншому відсотку післяопераційних гриж і доброму косметичному ефекті, однак цей розріз має деякі недоліки, а саме: більший відсоток гематом шва, зумовлених високою васкуляризацією, та наявність «вологого середовища», яке сприяє розвитку інфекції шва.

Менше ускладнень спостерігається при нижньосередньому розтині, але при цьому частіше виникають розходження шва, післяопераційні грижі, рубець недостатньо косметичний. Поперечна надлобкова лапаротомія поступається за ступенем розкриття черевної порожнини нижньосередньому розтині. Для збільшення доступу до матки та полегшення вилучення плода деякі автори рекомендують виконувати клино- або дугоподібний розтин апоневроза з його подальшим відшаруванням від білої лінії живота, прямих і косих м'язів живота. Потім шматок апоневрозу фіксують за допомогою затискача та бинта, розкриваючи рану доверху. Відшарування сечового міхура на 5–7 см, як рекомендують деякі автори, зараз не виконують із певних причин, перш за все через можливість кровотечі з паравезикальної клітковини, особливо при варикозному розширенні вен або наявності спайок і можливості травмування сечового міхура. Наступний важливий момент — розтин матки. Недоліком є те, що висота розтину нижнього сегмента матки має суб'єктивний характер, що часто призводить до травми судинних пучків. Надалі можливі фор-



мування неспроможності післяопераційного рубця, розвиток цервіко-фундального синдрому. Тому краще КР виконувати при згладженій шийці матки (плановий) або в пологах із відкриттям шийки матки на 6–10 см (ургентно). Рекомендовано робити розтин по контракційному кільцю з урахуванням ротації матки. Більшість акушерів є прихильниками «тупого» розтину матки (метод Гусакова — Занченко) і менше використовують метод Дерфлера, однак при останньому менше виражені дистрофічні та некробіотичні зміни міометрія, що виникають у відповідь на травматичне ушкодження [12]. За необхідності подовження поперечного розтину матки рекомендовано продовжити один або обидва кути розтину в напрямку до верху у вигляді латинської літери J або U, уникаючи розтину у вигляді літери T (якір), тому що останній погано заживає. Після народження дитини та перетину пуповини між затискачами послід видаляють рукою або потягуванням за пуповину. З метою зменшення крововтрати рекомендовано накладання затискачів на кути рани. Деякі закордонні автори окситоцин у м'яз матки не вводять, за винятком випадків поганого скорочення матки або кровотечі, при цьому використовують простагландини F2-а. Потім стінки матки обстежують за допомогою стерильних серветок. Деякі автори вважають за необхідне після народження дитини та видалення посліду виводити матку через рану передньої черевної стінки для кращого огляду та полегшення накладання швів. Інші вважають, що цього робити не варто через збільшення ризику інфікування матки. Виключена інструментальна ревізія матки.

Сучасна історія КР тісно пов'язана з розробкою техніки пошарового зашивання рани матки. З метою удосконалення методу відновлення стінки матки запропоновано багато модифікацій [13–15], сутність яких полягає в зіставленні однорідних тканин та їх повній кооптації. На сучасному етапі в Україні існує тенденція до застосування чітких алгоритмів лікування, методик обстеження, проте немає чіткої загальноновживаної методики зашивання матки при КР у нижньому матковому сегменті.

Залишаються дискусійними питання:

- використання м'язово-м'язових або м'язово-слизових швів;
- шов однорядковий або дворядковий;
- шов вузловий або обвивний;
- відновлення маткової фасції;
- шовний матеріал.

Загальні рекомендації щодо вживання однорядкового шва (при цьому закономірні сумніви в можливості повноцінного зіставлення кінців маткової рани) з використанням синтетичного шовного матеріалу є реальним резервом зниження відсотка післяопераційних ускладнень, однак потрібні пошук, вдосконалення та використання

визначеної чіткої хірургічної техніки, яка забезпечує відновлення нормального функціонування ушкоджених тканин і реальну можливість репродуктивних перспектив.

За будь-якого способу ушивання матки неадекватна перфузія ранової зони створює ділянку критичної тканинної гіпоксії з порушенням життєдіяльності клітин міометрія. У цьому разі першою мішенню стає матковий шов. До речі, летальність після КР становить 0,4–2,4 %, а провідне місце серед факторів летальних наслідків займають геморагічний шок і перитоніт, основною причиною якого є неспроможність швів [16]. Сьогодні не отримало широкого розповсюдження використання біосумісних плівок із лікарськими наповнювачами та ціанакрилатного клею МК-7М із метою укріплення шва на матці та профілактики неспроможності швів. Після зашивання матки виконується обстеження ретро- та паравезикальних просторів на наявність гематом, кровоточивих судин.

Питання про перитонізацію залишається дискусійним. Автори, підтримуючи позицію не робити перитонізацію, виділяють такі переваги: відсутність збільшення частоти післяопераційних ускладнень, зниження використання знеболювальних засобів у післяопераційному періоді, менш виражене порушення функції кишки, спрощення хірургічної техніки та зменшення тривалості оперативного втручання. У цьому разі зашивання парієтальної очеревини слід виконувати під контролем зору, щоб не ушкодити сальник та не поранити кишечник. Потрібно уважно перевірити гемостаз (прямі, косі та пірамідальні м'язи живота, особливо в кутах розтину апоневрозу та в місці перфоруючих судин), тому що можливе утворення підапоневротичних гематом у післяопераційному періоді. Але при розвитку запального ускладнення перитонізація — додатковий бар'єр для генералізації інфекції. В усіх випадках повторного КР, а також, якщо не повною мірою дотримані умови проведення операції, необхідно проводити дренивання черевної порожнини. Варто звернути увагу, що більшість іноземних авторів при зашиванні лапаротомної рани не зшивають прямі м'язи живота (за винятком поперечних через м'язових розтинів), обмежуючись відновленням цілості парієтальної очеревини, апоневрозу та шкіри. Щодо зашивання підшкірного жирового шару думки авторів різні. Одні рекомендують використовувати кілька окремих вікрилових швів на підшкірні тканини, а у пацієнток з ожирінням виконувати дренаж цієї ділянки. Інші автори встановили більш високу частоту гематом і розходження підшкірної рани при залишенні незащитим підшкірного жирового шару. З метою профілактики кровотечі в ранньому післяопераційному періоді після завершення операції, на операційному столі, після обробки піхви розчином антисептика, слід виконати

пальцеве видалення згустків крові з піхви, шийки матки та по можливості з ділянки нижнього сегмента, що сприяє покращанню скоротливої функції матки та є профілактикою післяопераційних ГСУ.

Найчастіше як заходи профілактики післяопераційних ускладнень використовують антибіотики [17; 18]. Деякі автори вказують на переваги короткого й ультракороткого курсів антибіотикопротекції при КР перед тривалою превентивною терапією. Крім загальнозовживаного внутрішньовенного та внутрішньом'язового шляхів введення, широко використовується зрошення порожнини матки та черевної порожнини. Очевидно, що відсутність єдиної точки зору щодо низки питань превентивної антибіотикопротекції пов'язана з неоднаковим вибором показань, різномірним контингентом хворих. Але відомо, що ефективність системної антибіотикопротекції рідко перевищує 80 %, бо з'явилася значна кількість штамів мікроорганізмів, стійких до дії антибіотиків, а захворювання, що розвиваються після припинення профілактичного курсу, мають приховану симптоматику, запізнілий початок і резистентний подальший перебіг. Вважається доцільним інтраопераційне введення (після перетиснення пуповини) антибіотиків широкого спектра дії (цефалоспоринової) з подальшим їх введенням через 6 та 12 год або 12 та 24 год. У жінок із високим ризиком розвитку інфекції введення антибіотиків слід продовжити за загальнозовживаною схемою протягом 4–5 діб. Одним із методів лікування та профілактики ускладнень під час КР є інтраопераційна реінфузія крові, вона рекомендована при крововтраті більше 700 мл у жінок із групи високого ризику розвитку кровотеч (передлежання і відшарування плаценти, варикозне розширення вен матки, гемангіома органів малого таза тощо), а також при розширенні обсягу оперативного втручання (консервативна міомектомія, надпихвова ампутація й екстирпація матки).

Історія оперативного розродження свідчить, що великих успіхів було досягнуто не стільки за рахунок усунення інфекції та використання антисептики, скільки завдяки вдосконаленню хірургічної техніки, яка забезпечує відновлення нормального функціонування ушкоджених тканин. Дані сучасної літератури свідчать, що послідовне зниження травматичності всіх етапів КР сьогодні є реальною можливістю зниження післяопераційних ускладнень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Ананьев В. А., Побединский Н. М., Чернуха Е. А.* Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах // *Акушерство и гинекология.* — 2005. — № 2. — С. 52-53.
2. *Кремінський Я. М.* Післяпологові гнійно-запальні захворювання. — Л.: Світлиця, 2003. — 232 с.

3. *Коханевич Е. В., Дудка С. В., Суханова А. А.* Оперативные методы родоразрешения // *Вісник асоц. ак.-гін. України.* — 2004. — № 5-6. — С. 28-44.

4. *Шадлун Д. Р.* Кесарів розтин в інтересах плода // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 1999. — № 1. — С. 113-117.

5. *Шаршенев А. К., Рыбалкина А. Д., Джакытова А. К.* Современные взгляды на роль абдоминального родоразрешения в снижении перинатальных потерь // *Рос. вестн. ак.-гін.* — 2004. — № 2. — С. 41-44.

6. *Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М.* Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1998. — 192 с.

7. *Стрижаков А. Н., Лебедев В. А.* Кесарево сечение в современном акушерстве. — М.: Медицина, 1998. — 304 с.

8. *Григоренко П. П.* Проблемы і перспективи кесарево-го розтину в сучасному акушерстві // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2001. — № 1. — С. 68-70.

9. *Золотухін М. С., Бутіна Л. І.* Деякі перспективи гнійно-септичних ускладнень після кесарева розтину // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2000. — № 4. — С. 104-105.

10. *Нізова Н. М., Бригар В. В.* Кесарів розтин та репродуктивні перспективи // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2001. — № 1. — С. 104-107.

11. *Тютюнник В. Л.* Предгравидарная подготовка, тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при инфекции // *Акушерство и гинекология.* — 2004. — № 3. — С. 54-56.

12. *Сравнительная оценка результатов патоморфологических исследований при кесаревом сечении при разных методах рассечения / В. А. Ананьев, В. А. Баранова, Т. А. Старостина и др.* // *Рос. вестн. ак.-гін.* — 2004. — № 5. — С. 19-25.

13. *Каримов З. Д.* Ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения с применением специальной техники однорядного восстановления нижнего сегмента матки // *Рос. вестн. ак.-гін.* — 2001. — № 2. — С. 35-38.

14. *Использование однорядного непрерывного маточного шва с одномоментной перитонизацией при трансабдоминальном кесаревом сечении / В. М. Лунев, В. М. Шляпников, О. И. Линева и др.* // *Вестн. Рос. асоц. акуш.-гін.* — 1998. — № 1. — С. 75-77.

15. *Марчук Н. І., Соколова І. І., Лунов О. Г.* Варіант ушивання тіла матки при кесаревому розтині // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2001. — № 3. — С. 125-126.

16. *Ананьев В. А., Побединский Н. М., Чернуха Е. А.* Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах // *Акушерство и гинекология.* — 2005. — № 2. — С. 52-53.

17. *Ковалев М. А.* Проблема профилактики эндометрита после кесарева сечения в современной акушерской практике // *Рос. вестн. ак.-гін.* — 2001. — № 4. — С. 20-24.

18. *Актуальные принципы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В. И. Кулаков, Б. А. Гуртовой, А. С. Банкирская, А. Г. Антонов* // *Акушерство и гинекология.* — 2004. — № 1. — С. 3-7.