

Б. Е. ГРЕБЕНКИН, В. С. ЗАПЛАТИНА, Ю. В. БЕДА

Пермская государственная медицинская академия им. Е. А. Вагнера

Кесарево сечение в современных условиях

Гребенкин Борис Евгеньевич

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ПГМА

614000 г. Пермь, ул. Пушкина 85, тел.: (353) 272-13-93

Обсуждается роль частоты кесарева сечения для снижения показателей перинатальной смертности, методика проведения кесарева сечения. Проведение кесарева сечения в нижнем сегменте без отслойки мочевого пузыря, рассечение матки в нижнем сегменте над пузырно-маточной складкой способствуют улучшению условий извлечения плода и уменьшению травматизма, снижают риск повреждения мочевого пузыря и нарушение его функции в послеоперационном периоде. Квалификация хирурга, техника операции, современный шовный материал играют главную роль в улучшении исходов операции

Ключевые слова: кесарево сечение, методика, результаты.

B. E. GREBENKIN, V. S. ZAPLATINA, Y. V. BEDA

Kesarean section in modern conditions

The role of frequency cesarean section for decrease in parameters perinatal death rates, a technique of carrying out cesarean section is discussed. Carrying out cesarean section in the bottom segment without separation bladder, section of uterus in the bottom segment above vesico-ureteral fold promote improvement of conditions extraction of fetus and reduction of traumatism, reduce risk of damage of bladder and infringement of its function in the postoperative period. Qualification of the surgeon, technics of operation, modern seaming material play leaging role in improvement of outcomes of operation.

Keywords: cesarean section, technique, outcomes.

В последние годы интерес исследователей к проблеме кесарева сечения объясняется изменением акушерской стратегии и расширением показаний к оперативному родоразрешению, а также увеличением числа беременных с рубцом на матке [1, 9, 12, 17, 43]. В России наблюдается ежегодный рост частоты кесарева сечения примерно на 1%. Так, в 1997 году, по данным Минздрава РФ, этот показатель составил 10,1%, в 2006 — 18,4% [15].

Одним из важных факторов роста частоты кесарева сечения в последние два десятилетия является проведение операции в интересах плода. Можно отметить некоторую корреляцию между повышением частоты кесарева сечения и снижением перинатальной смертности с 15,8% в 1985 году до 12,08% в 2002 и 11,27% в 2006 году [19]. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и несколько меньше — младенческой заболеваемости. Однако понятно, что повышением частоты кесарева сечения нельзя решить проблему.

Особого внимания заслуживает вопрос кесарева сечения при недоношенной беременности. При сроке беременности до 34 недель кесарево сечение не является операцией выбора, и ее производят в основном по экстренным показаниям со стороны матери [26]. В эти сроки беременности имеет место недостаточное разворачивание нижнего сегмента матки. Для плода при сроках беременности 26-32 недели и массе плода

до 1500 г, когда чрезвычайно важно бережное родоразрешение, имеет значение характер разреза на матке [3, 5, 23]. Сегодня появились новые показания к операции, частота которых довольно высока (10,6%), — это индуцированная беременность после экстракорпорального оплодотворения [2].

Увеличение частоты абдоминального родоразрешения создает новую проблему — ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Вопросы самостоятельных родов через естественные родовые пути после кесарева сечения обсуждаются в нашей стране еще с 60-х годов. По современным данным, от 30 до 60% беременных, перенесших кесарево сечение, могут рожать самостоятельно с благоприятным исходом для матери и плода [10, 33].

Несмотря на широкое распространение, кесарево сечение относят к разряду сложных операций с высокой частотой послеоперационных осложнений — 3,3%-54,4%, которые связаны в том числе и с техникой вмешательства [11, 30, 38].

В настоящее время известны различные модификации операции кесарева сечения, которые отличаются способом доступа к матке, особенностями разреза и ушивания раны. Выбор той или иной техники определяется как объективными предпосылками, к которым относят срок беременности, особенности предлежания и размеры плода, наличие рубца и сопутствующей патологии матки (миома матки, инфекционные процессы и т.д.), так и предпочтениями хирурга, завися-

щими от традиционной медицинской школы и собственного опыта [2, 22, 23, 32].

В настоящее время для выполнения кесарева сечения в основном используют поперечное чревосечение по Пфанненштилю, по Joel-Cohen, Cohen или нижнесрединный разрез.

Поперечные разрезы начали внедряться в акушерско-гинекологическую практику на рубеже XIX-XX веков после того, как J. Pfannenstiel (1887) доказал снижение частоты формирования послеоперационных грыж при использовании надлобкового разреза. Большинство исследователей считают целесообразным проводить лапаротомию по Пфанненштилю [14, 34]. При выполнении данной методики разрез делается по линии надлобковой кожной складки.

Сегодня имеется много сторонников лапаротомии по Joel-Cohen, впервые описанной в 1972 г. [23, 42]. В данной модификации лапаротомию осуществляют путем поверхностного прямолинейного поперечного разреза кожи на 2-2,5 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей. Скальпелем производят углубление разреза по средней линии в подкожно-жировой клетчатке, надсекают апоневроз, который затем рассекают в стороны концами прямых ножниц под подкожно-жировой клетчаткой. Хирург и ассистент одновременно разводят подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота путем билатеральной тракции по линии разреза кожи. Брюшину вскрывают указательным пальцем в поперечном направлении.

Разрез по J. Joel-Cohen отличается от разреза по Пфанненштилю более высоким уровнем, он прямолинейный, а не дугообразный, не производится отслоение апоневроза, брюшина вскрывается в поперечном направлении. Вследствие более высокого уровня разреза и использования техники тупого разведения тканей в углах разреза сохраняются неповрежденными ветви срамных и поверхностных надчревных сосудов и сосудов, проникающих в прямые мышцы живота из апоневроза, которые обычно повреждаются при лапаротомии по Пфанненштилю. Как показали исследования V. Stark (1994), данный доступ выполняется быстро, практически не сопровождается кровотечением и создает адекватные условия для выполнения кесарева сечения. Однако разрез по Joel-Cohen проигрывает в косметическом плане по сравнению с разрезом по Пфанненштилю [14].

В настоящее время акушеры при лапаротомии исходят не только из размеров и места хирургического доступа, но и временного фактора. Лапаротомия по Cohen в отличие от Pfannenstiel предполагает частично тупое вхождение в брюшную полость (вскрытие апоневроза острым путем), что приводит к значительному сокращению продолжительности операции и уменьшению времени до извлечения плода.

Вскрытие пузырно-маточной складки с последующим ее отслаиванием вниз и смещением мочевого пузыря до выполнения разреза на матке является профилактикой его ранения и обеспечивает условия перитонизации маточной раны после ушивания [8, 18]. Данное положение было внедрено в акушерскую практику в конце XVIII столетия, когда частота инфекционных осложнений была значительной, и предполагалось, что брюшина создает барьер, достаточный для предупреждения распространения инфекции. В настоящее время доказано, что исключение этого этапа операции кесарева сечения не ведет к возрастанию частоты инфицирования и спаечного процесса в послеоперационном периоде, а сочетается с сокращением продолжительности оперативного вмешательства, снижает риск травмы мочевого пузыря, уменьшает потребность в приеме анальгетиков [37, 42].

В 1912 г. Kronig предложил производить при КС вертикальный разрез, а Kerr — в 1926 г. — поперечный разрез в нижнем

сегменте матки. В последнее время наиболее признан поперечный разрез в нижнем сегменте матки. Считается, что он выполняется по ходу циркулярно расположенных мышечных волокон нижнего сегмента и поэтому является более анатомичным, а полноценность формирующегося рубца дает наименьшую частоту расхождения при повторных беременностях. Обычно он выполняется после вскрытия пузырно-маточной складки и тупого смещения мочевого пузыря [28, 32]. Имеющиеся разногласия, как правило, касаются техники продления разреза на матке в латеральных направлениях: это либо острое рассечение ножницами (по Дерфлеру), либо тупое разведение мышц (по Гусакову).

При использовании метода Дерфлера для подхода к нижнему сегменту матки после лапаротомии производят поперечный разрез брюшины вдоль пузырно-маточной складки и брюшину с мочевым пузырем тупым путем смещают вниз настолько, чтобы обнажился нижний сегмент матки. Затем проводят поперечный разрез матки длиной 2-3 см. Под контролем пальцев, введенных в рану, и под визуальным контролем, разрез увеличивают ножницами дугообразно в латеральных направлениях.

По мнению сторонников методики Дерфлера [11, 16], преимущества острого рассечения заключаются в возможности правильно рассчитать размеры и ход разреза, в меньшей травматичности для тканей матки (чем расслоение мышечной ткани матки тупым путем по Гусакову), что позволяет избежать повреждения маточных сосудов и обеспечивает лучший доступ к головке плода, уменьшая риск травматизма. Однако проведение разреза по Дерфлеру представляет трудность при выраженном кровотечении во время рассечения матки, например, при варикозном расширении вен или локализации плаценты в области формирования аперттуры.

Методика Л. А. Гусакова, сторонниками которой являются А. С. Слепых (1986), В. И. Кулаков (1999), Е. А. Чернуха (2003), Л. М. Комисарова (2004) предполагает рассечение матки на уровне пузырно-маточной складки с минимальным смещением мочевого пузыря. После поперечного разреза нижнего сегмента матки расширение раны может быть достигнуто тупым разведением в горизонтальном направлении с помощью указательных пальцев. Сторонники этой методики отмечают относительно легкое, быстрое и безопасное ее выполнение.

A. L. Rodrigues и соав. (1994) при сравнительной оценке рассечения нижнего сегмента тупым и острым путем не установили разницы в легкости извлечения ребенка, величине кровопотери и частоте послеоперационного эндометрита.

Гистеротомия с вертикальным разрезом тела матки, производимая острым путем, ведет к травме мышечного слоя (поперечное рассечение), сопровождается значительным кровотечением, затруднением перитонизации раны и формированием несостоятельного рубца при последующей беременности [14].

Для уменьшения риска травматизации новорожденного с малой массой тела большое значение придается вертикальному разрезу матки в области нижнего сегмента матки. При истмико-корпоральном кесаревом сечении (ранее термин «кесарево сечение в нижнем сегменте матки продольным разрезом») перед гистеротомией вскрывают пузырно-маточную складку с последующей отсепаровкой мочевого пузыря и рассекают матку по средней линии в нижнем сегменте, переходя на тело матки. На этапе ушивания на рану матки накладывают непрерывный двухрядный шов с последующей перитонизацией пузырно-маточной складкой [14]. По данным N. Mordel (1993), при сравнительной оценке кесарева сечения в нижнем сегменте матки, произведенного поперечным или продольным

разрезом, значительной разницы в частоте осложнений и перинатальной смертности не выявлено. Не установлена она и в отношении к разрывам матки по рубцу [41].

А. Н. Стрижаков и соав. (2004) выделяют вертикальный разрез матки в нижнем сегменте, считая его более безопасным в отношении повреждения латеральных сосудистых пучков. Для его выполнения они рекомендуют освобождать нижний сегмент от пузырно-маточной складки так же, как при кесаревом сечении поперечным разрезом. Затем разрез начинают в нижней части сегмента, где скальпелем на небольшом участке вскрывают матку в продольном направлении и увеличивают его ножницами вверх до достижения адекватного размера для извлечения плода. По мнению авторов, в большинстве наблюдений не требуется продолжения разреза на тело матки (истмико-корпоральный разрез). Они рекомендуют его использовать при предполагаемых трудностях извлечения ребенка через поперечный разрез и при недоношенном плоде для снижения риска травматизма.

Другими авторами [5] было предложено производить разрез нижнего сегмента на 1,0-1,5 см выше пузырно-маточной складки, длиной 2-3 см, на глубину 0,5 см с последующей тупой перфорацией матки до плодного пузыря и увеличением отверстия в стенке матки одновременным разведением серозы, мышечных волокон и слизистой в продольном направлении (вверх-вниз) до 10-12 см. Формирование отверстия (апертуры) в стенке матки по верхней границе нижнего сегмента позволяет контролировать величину раны, уменьшает риск травмы мочевого пузыря, сосудистых пучков матки, снижает величину кровопотери, предупреждает возможное повреждение плода скальпелем, улучшает условия извлечения плода. При этом создаются оптимальные условия для регенерации (уменьшение раны и хорошая коаптация за счет послеродовой инволюции матки), что является определенной гарантией полноценности восстановления нижнего сегмента [21].

В интересах плода также был предложен «параболический» разрез нижнего сегмента, который выполняется на 1-2 см выше уровня пузырно-маточной складки с продлением острым путем небольшого поперечного разреза от его углов с обеих сторон вдоль маточных сосудов [3]. Этот разрез рекомендовано выполнять, не вскрывая плодный пузырь, что, по мнению и других авторов, снижает риск травмы при извлечении недоношенного плода [24].

Наряду с преимуществами операции в нижнем сегменте матки поперечным разрезом по сравнению с корпоральным и истмико-корпоральным, наблюдаются также и осложнения, связанные с ушиванием раны на матке. Одним из осложнений во время операции является прошивание мочевого пузыря в случае его недостаточного отслоения от нижнего сегмента матки [35]. При наложении швов на углы разреза на матке, особенно при варикозном расширении вен, возможно повреждение стенки вены с образованием интралигаментарной гематомы. Также одним из серьезных осложнений является пришивание верхнего края раны нижнего сегмента матки к ее задней стенке.

При высоком риске развития послеоперационных инфекционных осложнений используют методики кесарева сечения, позволяющие снизить возможность распространения инфекции: кесарево сечение с временным ограничением брюшной полости и экстраперитонеальное кесарево сечение [14].

В последние годы появились сторонники выведения матки из брюшной полости (экстериоризации) после извлечения плода и последа [23, 46]. Они считают, что выведение матки из брюшной полости облегчает зашивание раны, способствует сокращению матки и снижает величину кровопотери. Часть

акушеров полагают [3], что этого проводить не следует, кроме случаев выраженного кровотечения из углов разреза на матке при его продлении, при проведении консервативной миомэктомии. Другие авторы считают, что при выведении матки в рану уровень разреза оказывается выше сердца, что создает гидростатический градиент, способствующий воздушной эмболии маточных вен [36].

По поводу методик ушивания раны на матке единая точка зрения отсутствует. Одни авторы считают, что рану на матке следует зашивать двухрядным швом [13, 23], другие — однорядным [16, 25, 29, 44]. Взгляды расходятся и в вопросе прокалывать слизистую оболочку при наложении швов [25] или нет [16, 18, 22]. Нет единого мнения и относительно того, какой шов следует накладывать на матку — непрерывный [2, 14, 25] или отдельные швы [16, 22, 39].

Наиболее распространенной до 80-х годов прошлого столетия являлась методика наложения отдельных мышечно-мышечных швов в два этажа [22]. Некоторые авторы считали более гемостатичным использовать мышечно-слизистые швы при зашивании первого ряда [6, 18]. В своей работе В. И. Ельцов-Стрелков (1980) показал, что одной из основных причин нарушения герметичности двухрядного мышечно-мышечного шва является расположение узлов первого ряда между соприкасающимися поверхностями разреза, а отсутствие швов на слизистой оболочке матки не обеспечивает необходимую прочность шва в целом. Л. С. Персианинов (1976) также использовал завязывание узлов первого ряда в сторону полости матки, однако шов проходил через все слои, второй ряд зашивал отдельными П-образными кетгутowymi швами. С целью снижения частоты инфицирования шва и риска развития эндометриоза рубца М. Д. Сейрадов (1998) накладывал первый этаж мышечно-слизистых швов, используя нить, зажатую с двух концов на двух иглодержателях.

Ряд авторов, изучив течение послеоперационного периода при зашивании матки отдельными швами в два и один ряд, пришли к заключению, что общая частота воспалительных осложнений при ушивании однорядным швом была в 1,5-2 раза ниже [2, 29, 44].

Однако уже более 20 лет используется и считается так же эффективным непрерывный шов при зашивании раны матки. В настоящее время применяется непрерывный «обвивной» или «скорняжный» (по Шмидену) слизисто-мышечный шов. Последний вариант отличается тем, что вкол иглы производят со стороны полости матки. При этом используют и двухрядное зашивание раны. В. И. Кулаков и соав. (2004) предлагают накладывать швы второго ряда между швами первого ряда. Второй ряд может быть наложен отдельными швами или непрерывным швом. Сторонники наложения непрерывного шва на рану матки аргументируют свою позицию простотой исполнения и сокращением времени операции при сохранении герметичности и хорошем гемостазе, уменьшением общего количества шовного материала, что снижает активность воспалительной реакции и способствует качеству процессов репаративной регенерации [23].

В настоящее время шире используется зашивание матки при кесаревом сечении в один слой [2, 29]. Основанием к применению данной техники является тот факт, что частое наложение швов создает область тканевой гипоксии с расстройством функции клеток миометрия, что нарушает течение репаративных процессов. Кроме того, при двуслойной технике ушивания раны первый ряд швов погружается внутрь, что ведет к сужению полости матки на этом уровне и затрудняет естественный отток лохий, предрасполагая к развитию воспалительного процесса. В связи с этим ряд авторов рекомендуют зашивать рану после кесарева сечения однорядными мышечно-мышечными швами



[11, 16] или слизисто-мышечными швами с использованием синтетических рассасывающихся нитей [14]. Предложено восстановление нижнего сегмента производить однорядным непрерывным обвивным серозно-мышечным внутрислизистым швом [5].

Достаточно часто в процессе зашивания раны нижнего сегмента матки используют непрерывный шов с запирающим захлестом, препятствующим расслаблению нити [23]. В тоже время считается, что шов с блокировкой захлестом усиливает ишемию и повреждение тканей.

Существуют различные данные при сравнении отдаленных результатов зашивания матки в один и в два слоя.

D. Kiss et al. (1994) на основе гистологического исследования рубца через 2-7 лет после кесарева сечения пришли к заключению, что при однослойном ушивании матки васкуляризация и соотношение мышечной и соединительной ткани в зоне рубца значительно лучше. V.M. Winkler et al. (1992) на большом клиническом материале показали, что меньшая частота послеоперационной заболеваемости была при однослойном шве. Рубец в этой группе был лучше васкуляризован, о его хорошей функциональной характеристике свидетельствовала низкая частота разрывов (1 наблюдение на 536 кесаревых сечений). В группе женщин (256 случаев) с двухслойным ушиванием матки было 2 случая разрыва матки по рубцу, гистеросальпингографическое исследование между беременностями показало более высокую частоту дефектов наполнения в этой области. Однако по данным С. Durnwald (2003) при однослойном ушивании матки может повышаться риск образования «окон» в рубце к моменту родов.

Таким образом, основные положения предлагаемых в настоящее время методик ушивания матки — это снижение рядности и непрерывность наложения маточного шва [28,44].

В настоящее время используют шовный материал, который является прочным, ареактивным, рассасывающимся, удобным для хирурга, универсальным для всех видов операций, отличающийся только размером в зависимости от требуемой прочности. Современный шовный материал способствует качеству репаративной регенерации шва на матке. Однако изменения в тканях стенки матки вокруг нитей носят неспецифический характер и заключаются в отеке тканей, полнокровии сосудов и начальной полиморфноклеточной инфильтрации. В эксперименте М.Е. Шляпникова (2004) при имплантации нити в непосредственной близости к эндометрию инфильтрат занимал большую площадь, а прилежащие к шовному каналу ткани были с явлениями выраженного отека и полнокровия сосудов микроциркуляторного русла.

Основа для выполнения перитонизации матки была заложена еще работой Sanger при классическом кесаревом сечении более 100 назад. Закрытие раны висцеральной брюшиной при КС вертикальным разрезом в нижнем маточном сегменте было введено в 1912 г. Kronig, а с 1926 г. Kerr перенес это положение на операцию с поперечным разрезом.

Сегодня перитонизация разреза матки при кесаревом сечении с помощью пузырно-маточной складки брюшины пока является традиционным этапом этой операции. Многочисленные сторонники перитонизации и ушивания брюшины при восстановлении передней брюшной стенки полагают [8, 22, 31], что ушивать брюшину необходимо с целью восстановления анатомии и сопоставления тканей для лучшего заживления, восстановления перитонеального барьера с целью уменьшения риска расхождения раны, образования спаек. Однако уже используются методики ушивания матки в один ряд непрерывным швом с одновременной перитонизацией [27]. В тоже время в современной литературе имеются работы, научно

опровергающие необходимость перитонизации матки при кесаревом сечении в нижнем сегменте [37, 40].

Еще в 80-е гг. проведены исследования, в которых доказано, что количество образующихся в месте оперативного вмешательства спаек прямо коррелирует с количеством и качеством шовного материала. Наложение шва на брюшину вызывает дополнительное повреждение ее покрова, нарушение васкуляризации с ишемией, что способствует развитию спаечного процесса [4, 45].

Принципиальный подход незашивания брюшины при кесаревом сечении получил дальнейшее развитие в работах M. Stark (1995) и D.Hull (1991). Авторы приводят результаты операций, при которых не зашивали как висцеральную, так и париетальную брюшину. При этом отмечены преимущества данного подхода: сокращение времени операции, потребности в послеоперационном применении обезболивающих средств, частоты развития пареза кишечника, более ранняя выписка. M. Stark приводит наблюдения повторных кесаревых сечений у женщин, которым не производилось ушивание серозных оболочек во время первой операции. В этих наблюдениях брюшина ровным слоем покрывала нижний сегмент матки, признаков спаечного процесса не обнаружено.

В исследовании А.Н. Стрижакова и соав. (1995) при лапароскопии через 6-8 часов после операции выявляются выраженные начальные признаки восстановления серозного покрова матки и париетальной брюшины, подтверждающие, что зашивание париетальной, а также висцеральной брюшины после кесарева сечения не являются необходимым для нормального течения послеоперационного периода и заживления раны [4, 37].

В настоящее время имеется много сторонников проведения кесарева сечения в нижнем сегменте матки в модификации M. Stark (1994), который рекомендует: рассечение передней брюшной стенки производить по методу Joel Cohen, после вскрытия брюшины рассекать пузырно-маточную складку без смещения мочевого пузыря, производить разрез нижнего сегмента матки в поперечном направлении, после извлечения плода и удаления последа матку выводить из брюшной полости. Рану на матке восстанавливают однорядным непрерывным викриловым швом, используя способ Ревердена. Перитонизацию шва на матке не производят. Брюшину и мышцы передней брюшной стенки не зашивают, на апоневроз накладывают непрерывный викриловый шов по Ревердену. Авторы, применяющие этот метод, указывают на уменьшение времени выполнения операции, величины кровопотери и выраженности послеоперационного болевого синдрома [34].

Таким образом, в последние годы техника операции кесарева сечения изменяется. Выбор места разреза на матке планируется с учетом данных функциональной морфологии матки, структурных изменений перешейки, состояния нижнего сегмента во время беременности и в родах. Используются методики кесарева сечения в нижнем сегменте без отслойки мочевого пузыря, методы рассечения матки в нижнем сегменте над пузырно-маточной складкой. Возможности этих методов способствуют улучшению условий извлечения плода, а, следовательно, уменьшению его травматизма, снижают риск повреждения мочевого пузыря и нарушение его функции в послеоперационном периоде.

Быстрая инволюция матки в послеоперационном периоде при адекватном выборе места разреза и современном шовном материале оптимизируют процессы репаративной регенерации шва и снижают частоту послеродовых воспалительных заболеваний. Квалификация хирурга, техника операции, современный шовный материал по-прежнему играют главную роль в улучшении исходов операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Кузьминых Т. У., Поленов Н. И., Шелаева Е. В., Колобов А. В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII:1: 3–9.
2. Ананьев В. А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку. Акушерство и гинекология, 2000; 4: 26-29.
3. Атласов В. О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII: 1: 80-84.
4. Баев О. Р. Восстановление брюшинного покрова при кесаревом сечении: необходимость или традиция? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2006; т.5: 2: 82-87.
5. Гребенкин Б. Е., Заплатина В. С., Беда Ю. В. Возможности технической оптимизации кесарева сечения в улучшении перинатальных исходов. Проблемы репродуктивного здоровья и безопасного материнства. Пермский медицинский журнал, 2007; т.24: 1-2: 208-212.
6. Ельцов-Стрелков В. И. О технике кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1980; 11: 29-31.
7. Каримов З. Д. Ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения с применением специальной техники однорядного восстановления нижнего сегмента матки. Рос. вестник акушера-гинеколога, 2001; 2: 35-38.
8. Комисарова Л. М., Чернуха Е. А., Пучков Т. К. Оптимизация кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 2000; 2: 14-16.
9. Крамарский В. А., Машакевич Л. И., Дудакова В. Н. Основные факторы риска развития неполноценного рубца на матке после кесарева сечения. Вестник Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов, 2003; 2: 37-39.
10. Краснополянский В. И., Логутова Л. С., Гаспарян Н. Д., Магилевская Е. В. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой. Журнал акушерства и женских болезней, 2003; т. LII: 1: 21-25.
11. Краснополянский В. И., Логутова Л. С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош, 2006.
12. Краснополянский В. И., Логутова Л. С. Кесарево сечение — бережное родоразрешение или акушерская агрессия. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
13. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. и др. Результаты кесарева сечения в зависимости от наложения шва на матку и шовного материала. Акушерство и гинекология, 1997; 4: 18-21.
14. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. М.: Триада-X, 2004.
15. Кулаков В. И., Чернуха Е. А. Современный взгляд на проблему кесарева сечения. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
16. Логутова Л. С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс..... д-ра мед. наук. М., 1996.
17. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Междунар. шк. традиц. Акушерства, 2006.
18. Персианинов Л. С. Кесарево сечение. В кн.: Оперативная гинекология Л.С. Персианинов. М.: Медицина; 1976; с. 500-512.
19. Савельева Г. М., Караганова Е. Я., Куцер М. А., Конопляников А. Г. Некоторые актуальные вопросы акушерства. Акушерство и гинекология, 2006; 3: 3-7.
20. Савельева Г. М., Трофимова О. А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей. Акушерство и гинекология, 2008; 4: 20-23.
21. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. СПб.: «ЭЛБи-СПб», 2003.
22. Стрижаков А. Н., Тимохина Т. Ф., Баев О. Р., Рыбин М. В., Христофорова А. В. Модификация кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1997; 5: 33-38.
23. Фаткуллин Ф. И. К вопросу о методике операции кесарева сечения при преждевременных родах. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
24. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. Л.: Медицина, 1986.
25. Филонов С. М. Исход операций кесарева сечения в зависимости от методики наложения швов на матку и шовного материала: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1997.
26. Храмова Л. С. Профилактика неблагоприятных перинатальных исходов у беременных группы высокого риска развития гестоза и синдрома задержки роста плода. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 4: 46-50.
27. Шляпников М. Е., Дегтярев В. И., Цыганова М. А., Синюткина О. А. Совершенствование операции трансабдоминального кесарева сечения у беременных с сердечно-сосудистой патологией. Материалы V Российского форума «Мать и дитя», 2003.
28. Шляпников М. Е. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации гистеротомии при кесаревом сечении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 2: 14-19.
29. Chapman S. J., Owen J., Hauth J. C. One- versus two- layer closure of a low transverse Cesaetean: the next pregnancy. Obstet. and Gynec., 1997; Vol.89: 16 -18.
30. Cunningham F. G., Mac Donald P. C., Gant N. F. Cesaerean Delivery and Cesaerean Hysterectomy. Williams Obstetrics, 2001: 537-567.
31. Duffy D. M., diZerega G. S. Is peritoneal closure necessary? Gynecology and Obstetrics Sugery, 1994; Vol.49: 817-822.
32. Field Ch. S. Surgical techniques for Cesarean section. Obstet. Gynec. Clin. N. Amer, 1988; Vol.15: 4: 657 – 672.
33. Flamm B. L., Goings J. R., Liu Y. Elective repeat caesarean section versus trial of labour: a prospective multicenter study. Obstet. and Gynec., 1994; Vol.83: 927 – 932.
34. Franchi M., Ghezzi F., Balestreri D. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. American Journal of Perinatology, 1998; Vol.15: 589-594.
35. Gutierrez Garcia R., Edreira A. Roca, Garcia B. Martin Iatrogenic ureteral lesion in open surgery: review of 10 years. Actas Urol. Esp., 1999; Vol. 24: 4: 327-332.
36. Lowenwirt I., Chi D., Handwerker S. Nonfatal venous air embolism during cesarean section. A case report and review of the literature. Obstet. Gynecol Surv, 1994; Vol.49: 72 – 76.
37. Nagele F., Karas H., Spitzer D., Staudach A. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at caesarean delivery. Amer. Journal of Obstet. and Gynec., 1996; Vol.174: 1366 – 1370.
38. Ravasia D. J., Wood S.L., Pollard J.K. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. Amer. Journal of Obstet. and Gynec., 2000; Vol.183: 1176 – 1179.
39. Rodrigues A. L., Porter K.B., O'Brien W.R. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low segment Cesarean section. Obstet. and Gynec., 1994; Vol.171: 1022 – 1025.
40. Roset E., Boulvain M., Irion O. Nonclosure of the peritoneum during cesarean section: long-term follow-up of a randomized controlled trial. Eur. Jour. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2003; Vol.108: 40 – 44.
41. Shipp T. D., Zelot C.M., Repke J.T. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. Obstet. and Gynec., 1999; Vol. 94: 735 – 740.
42. Stark M., Chavkin Y., Kupferstein C. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. Int. J. Obstet. and Gynec., 1995; Vol. 48: 273-276.
43. Tranquilli A. L., Garzetti G.G. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section on "maternal request". Amer. Journal of Obstet. and Gynec., 1997; Vol. 177: 245 – 246.
44. Tucker J. M., Phauth J.C., Hodgkins P. Trial of Labor after a one- or two-layer closure of a low transverse uterine incision. Amer. Journal of Obstet. and Gynec., 1993; Vol. 168: 545 – 546.
45. Tulandi T., Al-Jaroudi D. Non-closure of peritoneum: a reappraisal. Amer. Journal of Obstet. and Gynec., 2003; Vol. 189: 2: 609 – 612.
46. Wahab M.A., Karantzis P., Eccersley P.S. A randomized controlled study of uterine exteriorization and repair at caesarean section. British Journal of Obstet. and Gynec., 1999; Vol.106: 913 – 916.