

КЕСАР УСУЛИДА КЕСИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР(АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)

Болтаева М.М., Ахмедов Ф.К.,

Абу Али ибн Синономидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

✓ Резюме

Кесар усулида кесиш (КС)- бу жарроҳлик операциялари бўлиб, унда ҳомилдор бачадон кесилиб, ҳомила ва йўлдош туғдириб олиниб, бачадон деворларининг яхлитлиги тикланади. Кесар кесиш акушерлик амалиётидаги энг кўп учрайдиган жарроҳлик усули бўлиб, операция техникасини нафақат акушер- гинеколог врачлар, балки ҳар қандай мутахассис шифокор амалга ошириши керак. Замонавий акушерликда кесар кесиш катта аҳамиятга эга бўлиб, чунки ҳомиладорлик ва туғруқни асоратсиз кечишини, она ва боланинг ҳаётини сақлашга имкон беради. Кесар кесиш операцияси ҳам ҳар қандай жарроҳлик аралашувлари каби операциядан олдин ва кейин (қон кетиш, инфекция, тромбоземболия, перитонит) салбий оқибатларга олиб келиш мумкин.

Калит сўзлар: кесар кесиш, ҳомиладорлик, лапаротомия, қон кетиш.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Болтаева М.М., Ахмедов Ф.К.,

Бухарского Государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан.

✓ Резюме

Кесарево сечение (КС) (caesareansection) - хирургическая операция, при которой рассекается беременная матка, извлекаются плод и послед, восстанавливается целостность стенки матки. КС - одна из самых распространенных операций в акушерской практике, относящаяся к неотложным пособиям, которые должен уметь выполнять не только каждый акушер-гинеколог, но и врач любой специальности, владеющий оперативной техникой. В современном акушерстве КС имеет огромное значение, так как при осложненном течении беременности и родов оно позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка. КС как любое оперативное вмешательство может иметь неблагоприятные последствия как в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, тромбоземболия легочных артерий (ТЭЛА), эмболия ОВ, перитонит), так и в отдаленные периоды жизни женщины.

Ключевые слова: кесарево сечение, беременность, лапаротомия, кровотечение.

A MODERN LOOK AT THE PROBLEM OF CAESAREAN SECTION(REVIEW)

Boltaeva M.M., Akhmedov F.K.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan.

✓ Resume

Caesarean section (CA) (caesarean section) is a surgical operation in which the pregnant uterus is cut, the fetus and afterbirth are removed, the integrity of the uterine wall is restored. KS is one of the most common operations in obstetric practice, related to emergency aids, which should be able to be performed not only by every obstetrician-gynecologist, but also by a doctor of any specialty who owns surgical techniques. In modern obstetrics, KS is of great importance, since with a complicated course of pregnancy and childbirth, it allows you to preserve the health and life of the mother and child. CS as any surgical intervention can have adverse consequences both in the immediate postoperative period (bleeding, infection, pulmonary embolism (PE), OS embolism, peritonitis), and in the remote periods of a woman's life.

Key words: cesarean section, pregnancy, laparotomy, bleeding.

Долзарблиги

Кесар кесиш (КС) - бу жарроҳлик операциялари бўлиб, унда ҳомилдор бачадон кесилиб, ҳомила ва йўлдош туғдириб олиниб, бачадон деворларининг яхлитлиги тикланади. Кесар кесиш акушерлик амалиётидаги энг кўп учрайдиган жарроҳлик усули бўлиб, операция техникасини нафақат акушер- гинеколог врачлар, балки ҳар қандай мутахассис шифокор амалга ошира билиши керак. Замонавий акушерликда кесар кесиш катта аҳамиятга эга бўлиб, чунки ҳомиладорлик ва туғруқни асоратсиз кечишини, она ва боланинг ҳаётини сақлашга имкон беради. Кесар кесиш операцияси ҳам ҳар қандай жарроҳлик аралашувлари каби операциядан олдин ва кейин (қон кетиш, инфекция, тромбоземболия, перитонит) салбий оқибатларга олиб келиш мумкин [21,23].

тонит) салбий оқибатларга олиб келиш мумкин [21,23].

Аҳоли саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш давлат ижтимоий сиёсатининг муҳим стратегик йўналиши ҳисобланади. Жамиятдаги асосий тенденциялар - туғилишнинг паст даражаси, кам фарзандли оилалар, экологик муаммолар, замонавий акушерликнинг хусусиятларини олдиндан белгилаб беради. Иккинчидан абдоминал туғилиш частотасининг сезиларли даражада ошиши киради ва бу операция учун кўрсатмалар кенгайиши айниқса ҳомила манфаатлари устунлик қилиши билан изоҳланади[3,7].

20- аср охири -21 асрнинг бошларида тиббиётда ва соғлиқни сақлаш соҳасида инсоният эволюцияси- га, айниқса унинг кўпайишига таъсир кўрсатадиган ва таъсир этувчи иккита тенденция пайдо бўлди, бу-

лар ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ) ва кесар кесиш жарроҳлик амалиётидир. Нима сабабдан, ушбу иккала тенденция ўзаро бир-бири билан боғлиқ, ЁРТ орқали ҳомиладор бўлган аёлларнинг аксари кесар кесиш жарроҳлик усули орқали туғруқлари яқунланади. Статистик тадқиқодлар шуни кўрсатдики, ХХІ иккинчи ўн йиллигида кесар кесиш жарроҳлик усули абдоминал хирургияда энг кўп бажарилган операциялар сафида турди ва жарроҳлик усули билан туғдириш кўпайиб кетди, амалиёт шифокорлари вакуумэкстракция ва акушерлик қисқичларини қўйиш жарроҳлик усулларига умуман фойдаланмай қўйишди[5,9,11].

Россияда ККО частотаси ўртача 15-16% ни ташкил қилади, перинатал марказларида 30-40% га етади ва пасайиш тенденцияси кузатилмайди. Бир қатор тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ушбу операция частотасининг 16 фоизга кўпайиши перинатал кўрсаткичларга сезиларли таъсир кўрсатмади, аммо шу билан бирга оналар касаллиги ва ўлим кўрсаткичини оширди[1,14].

Кесар кесиш операцияси орқали туғруқ учун кўрсатмалар тузилишини таҳлил қилиш асосан экстрагенитал патологиялар (эндокрин касалликлар, ошқозон-ичак тракти касалликлари, буйрақлар патологияси, кўриш органлари ва бошқалар), бепуштлиқ, ҳайз кўриш дисфункцияси, бачадон миомаси билан оғриган беморларнинг тарқалиши, шунингдек экстракорпорал уруғлантирилган ёши катта биринчи туғувчилар ва ҳомиладор аёллар, тос аъзоларида реконструктив пластик операциялар кечирганлар эканлиги аниқланди[16,18,20].

Аммо абдоминал йўл орқали туғилиш частотасининг ошиши, шунингдек, бачадонда органларни сақлаб қолиш операциялари муаммо туғдиради, яъни бачадонда чандиқ бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғишни олиб бориш бунга мисол бўлади[10,12].

Сўнгги ўн йил давомида дунёнинг барча мамлакатларида кесарча кесиш операцияси частотасининг кўпайиши кузатилди: 1970 йилдаги 5% дан 2017 йилда 15-50% гача. Шу билан бирга, дунёнинг турли мамлакатларида абдоминал туғруқ частотаси жуда катта фарқ қилади[2,4].

Кесар кесиш жарроҳлик усулига мақсадли равишда кенгайтирилишига кўрсатма уч мақсадда қўлланилади булар, перинатал ўлим, болалар ва акушерлик травмаларидир. Келдирилган далиллар етарлича ишончли эмас, кесар кесиш жарроҳлик усули бола учун туғдиришнинг оптимал усули бўлса ҳам, она учун бироз руҳиятига таъавузкор бўлиши мумкин. Шу сабабли, аҳоли саломатлиги кўрсаткичининг доимий пасайиши шароитида, кесар кесиш кўрсаткичларини кенгайтириш орқали биз аёллар саломатлигини, шу жумладан репродуктив саломатликни яхшилаيمиз, деб ишониш катта хато бўлади[8,13].

Чет эл тадқиқотчиларининг маълумотларига кўра, Шимолий Америка ва Ғарбий Европанинг кўпгина шаҳарларида деярли ҳар тўртинчи бола кесарча кесиш операцияси ёрдамида туғилади. Кесар кесиш операциясининг энг кўп сони Бразилия, Чили, Мексика, Хитой, Австралия ва Германияда амалга оширилади. Эҳтимол, бу мамлакатларда кесар кесиш жарроҳлик усулинафақаттиббийсабабларга кўра, балки аёлнинг хоҳишига биноан амалга оширилади ("elective cesarean") [22,24].

Туғилганларнинг умумий сонининг деярли ярмида, кесарча кесиш амалиёти ўтказиладиган давлатлар

мавжуд масалан, Шри-Ланкада, Лотин Америкасида абдоминал туғруқ 24-46% ни ташкил қилади. Шу билан бирга, кесар кесиш операцияси энг кам Японияда амалга оширилади (15%). Шу билан бирга, Марказий Африка ва Осиёнинг ривожланаётган мамлакатларида, ҳомиладор аёлнинг шошилинич кўрсатмалари бўлса ҳам, кесарча кесиш операцияси ўтказилмайди, чунки ҳомиладор аёлларнинг аксарияти, аҳолининг кам таъминланган қатламларидандир[6,15].

Мамлакатимизда, турли хил муаллифларнинг фикрига кўра, кесар кесиш операциясининг частотаси 9% дан 33,6% гача ва акушерлик ёрдамнинг даражаси ва профилига боғлиқ[19].

Акушер-гинекологнинг ишидаги энг жиддий асоратлардан бири бачадондан массив қон кетишдир, бу жарроҳлик ва фармакологик гемостазининг янги усуллари пайдо бўлишига ва жорий қилинишига қарамай, оналар ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда.

Бир қатор муаллифларнинг таъкидлашича, барча акушерлик қон кетишининг ярми гипотензия ёки бачадон атонияси туфайли содир бўлади. Шу билан бирга, қон кетишига мойил бўлган баъзи омиллар мавжудлиги аниқланди, яъни плацента ажралиш пайтида ўз фаолиятини тўхтатганда қон ивиш тизимининг таркибий қисмлари нисбати ўзгаришидир[17].

Туғруқдан кейинги аёлларда йўлдошни ажратиш пайтида плацентада синтез қилинган плазминоген активатор ингибитори ПАИ-2 даражаси қисқа вақтга пасаяди, бу туғруқдан кейинги даврда гемостатик тизимнинг плазмин таркибий қисмининг фаоллигини ошишига олиб келади, бу қон йўқотишининг кўпайишига олиб келади. Бу омил, бошқа фон касалликлар оқибатида, қон йўқотиш миқдорини кўпайтириши мумкин. Бундан ташқари, кесарча кесиш операцияси билан қон йўқотиш ва бачадондан массив қон кетиш хавфи вагинал туғилиш билан солиштирганда юқори[19,21].

Ҳозирги вақтда амалий акушерликда туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда аллақачон мавжуд бўлган бачадон қон кетишини, уни келтириб чиқарган сабабларни ҳисобга олган ҳолда даволаш учун турли хил усуллар қўлланилади[3,6].

Сўнгги йилларда ҳомиладорлик пайтида безовталиқ ва депрессияни бошдан кечираётган ва шу муносабат билан седатив дориларни қабул қилган беморларнинг кўпайиши тенденцияси кузатилмоқда. Кўтарилган безовталиқ ва депрессив ҳолатлар жуда кенг тарқалган, аммо етарлича эътибор қаратилмагани туфайли кўпинча ҳомиладорлик жараёнлари ва ҳомиладорлиқнинг натижаларига салбий таъсир кўрсатади[5,10].

Бундан ташқари, сўнгги йилларда вегетатив асаб тизимининг ҳомиладорлик ва акушерлик асоратлари ривожланишига таъсири масаласи долзарб бўлиб қолди. Баъзи бир муаллифларнинг фикрига кўра, бу симпатик ва парасимпатик асаб тизимларининг мувозанатли ишлаши туфайли ҳомиладорлик ва туғиш пайтида аёл танасининг физиологик ва биокимёвий кўрсаткичлари, юрак-қон томир, нафас олиш ва бошқа тизимларининг ритми оптимал даражада сақланиб туради. Шу билан бирга, бошқа олимларнинг фикрига кўра, сўнгги йилларда ҳомиладор аёлларда вегетатив нерв системаси касалликлар частотаси 3 марта кўпроқ ва барча соматик касалликларнинг 19,8 фоизини ташкил этди[1,11,22].

Бу бузилишлар ва асоратларни ривожланишининг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш учун симптоматик дисфункция фониди ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг хусусиятларини ўрганишга маълум қизиқишни оширади. Шу билан бирга, бизда мавжуд бўлган адабиётларда вегетатив асаб тизимининг турлари ва кесар кесиш операцияси пайтида қон йўқотиш ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш бўйича маълумот топилмади[24].

Кўпинча акушерлик патологияси пайдо бўлган ёки прогрессивланган ҳомиладорлик ва туғруқ абдоминал туғилиш билан якунланади.

Турли манбаларга кўра, оғир преэклампсия ва эклампсияда кесарча кесиш операцияси частотаси 79%, муддатдан олдинги туғруқларда - 32%, туғруқ куслари дискоординациясида - 13%, плацентанинг вақтдан олдин ажралиши - 92%. Плацента етишмовчилиги ва ҳомила аҳволининг ёмонлашиши туфайли перинатал йўқотишларни камайтириш учун кесар кесиш операцияси ушбу ҳомиладорлик асоратига эга бўлган ҳомиладор аёлларнинг 83%ида ўтказилади[3,4].

Тадқиқотчиларнинг фикрича, қониқарсиз туғруқ ёки туғруқ кучлари сустлиги доим ҳам кесар кесиш жарроҳлик амалиёти учун кўрсатма бўлавермайди (бундай юқори фоиз, уларни даволаш мумкин эмаслиги ёки хохламаслиги сабабли бўлиши мумкин). Умуман олганда, қониқарсиз туғруқ ёки туғруқ кучлари аномалиялар билан асоратланганда, ҳар бештадан бирдан кесар кесиш жарроҳлик усули қўлланилмоқда.

Y. Zirogi ва ҳаммуалифларнинг фикрича (2019) табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришда она ва бола учун натижаси яхши бўлиши мумкин, аммо туғруқнинг иккинчи даврининг чўзилишида аёлни кесар кесиш жарроҳлик усулини ўтказмасдан туғруқга қўядиган бўлсак, унда она учун асоратларнинг кўпайишига (туғруқ йулларининг шикастланишига, туғруқдан кейинги қон кетишларнинг кўпайишига) олиб келинади, бола учун эса (киндик тизимчасидаги қонда $pH < 0.7$ пасайишига ва интенсив палаталарга тушишига сабаб бўлади)[11,23].

Бир қатор тадқиқотчилар ҳомиладорлик ва туғиш пайтида ҳар қандай асоратларнинг ривожланишини она-плацента-ҳомила тизимидаги компенсацион-адаптив механизмларнинг бузилиши, аёл ва ҳомиланинг туғилиш стрессига мослашиши билан изоҳлашади.

Умуман олганда, абдоминал туғилиш ҳомила асоратлари сонининг камайишига олиб келади: чанок билан келишда 3 барабар, муддатдан олдин туғилишда - 3 барабар, ҳомиланинг аспирацион синдромида - 5 барабар, шунингдек, акушерлик ва экстрагенитал патологияларда - 3 ва 4 барабар. Ўз вақтида бажарилган абдоминал туғруқ, чанок туби мушакларида тугма шикастланишларни 53 фоизга, 75% аёлларда оғир ногиронликни ривожланиши, шунингдек, фавқулодда вазиятда оналар ўлимини 80 фоизга олдини олади[19,22].

Аксарият маҳаллий акушер - гинекологларнинг фикрига кўра, баъзи хорижий мамлакатларда бўлгани каби, аёлнинг хохишига биноан эмас, балки қатъий тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, кесарча кесиш амалиётини ўтказиш керак. Жарроҳлик аралашувининг ҳар қандай турида, операция вақтида ва операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, кесарча кесиш пайтида асоратларнинг тарқалиши 7-19,5

фоизни ташкил этади ва бу ҳам акушерлик, ҳам экстрагенитал патология билан боғлиқ бўлиши мумкин, яъни миометрийнинг қисқариш фаоллиги, бачадон ривожланишидаги аномалиялар ва йўлдошнинг жойлашиши, ҳомиланинг ўлими, шунингдек, соматик касалликларнинг оғир декомпенсацияланган кечиши билан боғлиқ[5,11,13].

Бундан ташқари, асоратлар сони операциянинг узоқ давом этиши, вужудга келган техник интраоперацион қийинчиликлар, врачларнинг малакаси етарли эмаслиги, тиббий муассасанинг қисман жиҳозланиши ва бошқа омиллар билан ортади.

Абдоминал туғилишнинг энг ноқулай ва нисбатан тез-тез учрайдиган (12,4%) асоратларига дунёда оналар ўлимининг асосий сабабларидан бири бачадон массив қон кетиши киради. Россияда сўнгги ўн йил ичида ҳомиладорликдан қон кетиш билан боғлиқ оналар ўлими ўртача 16,2% ташкил этди[2,6].

Шу билан бирга, оналар ўлими сабаби сифатида қон кетиш асосий ҳолатлар сифатида намоён бўлади - 20% ҳолларда, рақобатдош ва дастлабки ҳолат сифатида - мос равишда 42% ва 78% ҳолларда. Бу ривожланаётган мамлакатларга қараганда (25%) камроқ, аммо, масалан, Скандинавия мамлакатларига қараганда (1,7%) анча юқори. Туғилганларнинг умумий сонига нисбатан, турли манбаларга кўра, Россияда акушерлик қон кетишининг кўрсаткичи ўртача 9-17% ни ташкил қилади, бу патологиянинг 50% и бачадон гипотензияси билан, 18% - оғир преэклампси ва эклампсия билан, 15% - нормал жойлашган плацентанинг вақтдан олдин кўчиши, 8% ҳолларда клиник қон кетиш гемостаз тизимининг ирсий ёки орттирилган нуқсонлари билан, 6% - септик шокдан кейин, 3% да - амниотик эмболиядан кейин содир бўлади[5,19,21].

Ҳар қандай жарроҳлик амалиётида бўлгани каби, кесарча кесиш операцияси ҳам операция давомида қон кетиш хавфи билан боғлиқ. Таъкидлаш жоизки, кесарча кесиш операцияси пайтида қон йўқотишнинг кўпайишининг яна бир сабаби - бу интенсив қон таъминоти ва ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган бачадон тўқималарининг гипертрофияси.

Ҳозирги вақтда ЖССТ маълумотларига кўра, табиий туғилиш усули билан 500 мл гача ва абдоминал туғилишда 1000 мл гача қон йўқотиш мумкин. Етакчи акушер-гинекологларнинг фикрига кўра, 1000 мл (тана вазнининг 1,1% -1,5%) дан юқори қон йўқотиш миқдори патологик, 1500 мл (тана вазнининг 1,5% дан ортиқ) қон йўқотиш эса массивдир[9,21].

Шошилинч кесарча кесиш операциясини ўтказётганда қон йўқотиш ҳажми сезиларли даражада ошиши мумкин (2-4 марта). Бачадон қисқарувчанлиги бузилган гипотоник қон кетиши оператив туғруқда ҳам ва вагинал туғруқда ҳам кузатилади. Кўп миқдорда қон йўқотиш ва ҳаёт учун хавфли қон кетишининг ривожланиши плацентанинг жойлашиши ва бириктирилишида аномалиялар билан бирга келади (8%), бу кўпинча кенгроқ мутахассислар ва қимматбаҳо ускуналарни жалб қилишни талаб қилади.

Массив қон кетишининг ривожланиши қон ивиш омилларининг етишмаслиги, шунингдек бир вақтнинг ўзида қон йўқотиш (1500 мл дан ортиқ) билан боғлиқ[8,12].

Маълумки, массив бачадондан қон кетиши оғир геморрагик анемия ривожланишига олиб келади, бу кўплаб иммунологик параметрларнинг ўзгариши билан тананинг муҳофаа механизмларини бостиришга

олиб келади ва кейинчалик инфекцион ва яллигла-ниш жараёнларининг ривожланиши учун қулай замин ҳисобланади. Аммо шуни таъкидлаш керакки, опера-ция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратлар хав-фи мавжуд бўлишига қарамай, абдоминал туғруқ бир қатор клиник ҳолатларда, акушерлик ва перинатал нохуш натижаларни камайтириш учун зарур опера-ция тури ҳисобланади.

Хулоса қилиб айтганда, кейинги 5 йил учун ушбу жарроҳлик усули ҳақида гапирадиган бўлсак, шубҳа-сиз, кесар кесиш жарроҳлик усули билан туғдириш-ни сезиларли даражада пасайишини кутмаслигимиз керак ва катта акушерлик шифохоналарида унинг да-ражаси 20-25 фоиз атрофида бўлиб, шубҳасиз, ҳозир-гача сақланиб қолмоқда.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Барто Р.А. Редкие осложнения кесарева сечения - пузырно-маточные свищи // Рос. вестн. акуш-гин. 2018. № 3. С. 83-87. 18.
2. Жаркин Н.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А., Гаврильчук Т.К. и др. Хирургическая реконструкция рубца на матке во время беременности. Показания, условия и риски // Акуш. и гин. 2018. № 10. С. 142-147.
3. Гурьев Д.Л., Троханова О.В., Гурьева М.С., Абдуллаева Х.Г. и др. Применение классификации Робсона для анализа работы акушерского стационара 3 уровня и поиска путей снижения частоты кесарева сечения // Мать и дитя в Кузбассе. 2018. № 4. С. 70-74.
4. Радзинский В.Е., Логутова Л.С., Краснополяский В.И. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства / под ред. В.И. Краснополяского. Специальное Издательство Медицинских Книг (СИМК). 2018. 224 с.
5. Шукина Н.А., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Земскова Н.Ю. и др. Основные причины формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акуш.-гин. 2018. № 4. С.
6. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов // Вопр. гин., акуш. и перина-тол. 2015. Т. 14, № 3. С. 22-27
7. Хамидова Н.Р., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К., современный подход к профилактике ранних послеродовых кровотечений. биология и интегративная меди-цин. 2020
8. Akhmedov F.K. Features of renal function and some indicators of homeostasis in women with mild preeclampsia // European Science Review. Austria, Vienna, 2015, № 4-5. - С. 58-60.
9. Akhmedov F.K., Negmatullaeva M.N., Kurbanova Z.Sh. Modern views on the problem of preeclampsia // A new day in medicine. 1 (21) -Tashkent, 2018. - p. 180-185.
10. Akhmedov F.K., Role of study renal blood flow and concentration of uric acid in blood and urine in the diagnosis of preeclampsia - Биология и интегративная медицина, 2020.
11. Visser G.H.A., Ayres-de-Campos D., Barnea E.R. et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic // Lancet. 2018. Vol. 392, N 10 155. P. 1286-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(18)321135.
12. Betr'n A.P., Ye J., Moller A.-B., Zhang J. et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990- 2014 // PLoS One. 2016. Vol. 11, N 2. Article ID e0148343. doi: 10.1371/ journal.pone.0148343.
13. Occhi G.M., de Lamare F.N.T., Neri M.A. et al. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil // Lancet. 2018. Vol. 392, N 10 155. P. 1290-1291. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32407-3
14. Hoxha I., Syrogiannoulis L., Braha M. et al. Caesarean sections and private insurance: systematic review and meta-analysis // BMJ Open. 2017. Vol. 7. Article ID e016600.
15. Zipori Y., Grunwald O., Ginsberg Y. et al. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary caesarean delivery on maternal and neonatal outcomes // Am. J. Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 220, N 2. P. 191.e1-191.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2018.10.028.
16. Peress D., Dude A., Peaceman A. et al. Maternal and neonatal outcomes in triplet gestations by trial of labor versus planned caesarean delivery // J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2019. Vol. 32, N 11. P. 1874-1879. doi: 10.1080/14767058.2017.1421931.
17. Nakamura-Pereira M., Esteves-Pereira A.P., Gama S.G.N. et al. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2018. Vol. 143, N 3. P. 351-359. doi: 10.1002/ijgo.12660.
18. Young C.B., Liu S., Muraca G.M. et al.; Canadian Perinatal Surveillance System. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity // CMAJ. 2018. Vol. 190, N 18. P. E556-E564. doi: 10.1503/cmaj.170371.
19. Sawada M., Matsuzaki S., Nakae R. et al. Treatment and repair of uterine scar dehiscence during cesarean section // Clin. Case Rep. 2017. Vol. 5, N 2. P. 145-149. doi: 10.1002/ccr3.766.
20. Tulandi T., Cohen A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women // J. Minim. Invasive Gynecol. 2016. Vol. 23. P. 893-902.
21. Ma Y., Kohn J., Zhang Y. et al. Single-incision laparoscopic repair of a cesarean scar defect // Fertil. Steril. 2019. Vol. 111. P. 607-608.
22. Liu X., Landon M.B., Cheng W. et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? // Am. J. Obstet. Gynecol. 2015. Vol. 212, N 6. P. 817.e1-817.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.043.
23. FishelBartal M., Sibai B.M., Ilan H. et al. Trial of labor after cesarean (TOLAC) in women with premature rupture of membranes // J. Matern. Fetal Neonatal Med. 2019 Jan 17. P. 1-7. doi: 10.1080/14767058.2019.1566312.
24. Fobelets M., Beeckman K., Faron G. et al. Vaginal birth after caesarean versus elective repeat caesarean delivery after one previous caesarean section: a cost-effectiveness analysis in four European countries // BMC Pregnancy Childb. 2018. Vol. 18, N 1. P. 92. doi: 10.1186/s12884-018-1720-6.

Поступила 09.09.2020