



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ ВО 2 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Азимов Ф.Р. Email: AzimovF@mail.ru
Шодиев Б.В. Email: ShodiyevB@mail.ru
Усманова Н.Ю. Email: UsmonovaN@mail.ru

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159,
тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

В последние годы частота операции кесарева сечения неуклонно растет. Современные методы, используемые при операции кесарева сечения, направлены на улучшение техники операции, предусматривая, в первую очередь, качественное послойное ушивание матки, раннюю профилактику осложнений во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде, что улучшает состоятельность рубца на матке и позволяет таким женщинам повторно выполнять репродуктивную функцию. В статье представлен случай разрыва матки по рубцу во 2 триместре.

Ключевые слова: кесарево сечение, разрыв матки, вращение плаценты

CLINICAL CASE OF SPONTANEOUS BREAKDOWN OF THE UTERINE ON THE SECOND TRIMESTER PREGNANCY

Azimov F. R., Shodiyev B. V., Usmonova N. Yu.

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159,
tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Resume

In recent years, the frequency of cesarean section has been steadily increasing. Modern methods used in cesarean section surgery are aimed at improving the operation technique, providing first of all qualitative layer-by-layer suturing of the uterus, early prevention of complications during surgery and in the postoperative period, which improves the consistency of the uterine scar and allows such women to re-perform reproductive function.

Keywords: cesarean section, uterine rupture, placenta ingrowth

HOMILADORLIKNING 2 TRIMESTRIDA O'Z-O'ZIDAN PAYDO BO'LGAN CHANDIQ BACHADON YORILISHINING KLINIK HOLATI

Azimov F. R., Shodiyev B. V., Usmonova N. Yu.

O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Resume

So'nggi yillarda sezaryen bilan tug'ilish darajasi doimiy ravishda oshib bormoqda. Sezaryen operatsiyasida qo'llaniladigan zamonaviy usullar jarrohlik texnikasini takomillashtirishga qaratilgan bo'lib, birinchi navbatda bachadonning yuqori sifatli qatlamli tikilishini, jarrohlik paytida va operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning erta oldini olishni ta'minlaydi, bu esa bachadondagi chandiqning mustahkamligini yaxshilaydi va bunday ayollarga reproduktiv funktsiyani qayta bajarishga imkon beradi. Maqolada 2-trimestrda chandiq bo'ylab bachadon yorilishi holati keltirilgan.

Kalit so'zlar: sezaryen, bachadon yorilishi, yo'ldoshning o'sishi

Актуальность

В настоящее время во всем мире, отмечается рост операций кесарева сечения, достигающий 30% и более от общего числа родов. Выполнение операции кесарева сечения с применением современных технологий изменило подходы к ведению беременности у женщин с рубцом на матке. Согласно научным исследованиям последних лет, при полноценном рубце на матке роды возможны через естественные родовые пути, что отражено в клинических протоколах.

Цель исследования: разрыв матки - одно из редких и грозных осложнений беременности и родов. Разрывы матки чаще встречаются в III триместре (1 на 4366 в развитых странах), при этом частота разрывов без предшествующего рубца составляет около 0,012% [1]. Спонтанный разрыв матки во II триместре — крайне редкое явление, частота его по данным литературы не превышает 1 на 5000 женщин. Чаще он ассоциирован с наличием рубца на матке после миомэктомии (0,3–2,5% случаев), реже — после кесарева сечения [2, 4, 5]. При наличии рубца в миометрии основным предиктором разрыва бывает его несостоятельность.

Материал и метод исследования

В настоящее время выделяют следующие факторы риска несостоятельности рубца.

1. К хирургическим факторам риска относят низкую (шеечную) локализацию разреза на матке во время кесарева сечения [6, 7], неполное и неполноценное ушивание стенки матки, «экономное» ушивание или использование блокирующих швов [7]. Следует отметить, что дискуссионным остаётся вопрос ушивания матки одно- или двухрядным швом. Ряд авторов в своих исследованиях отмечают, что значимой разницы при применении двухрядного и однорядного швов нет [8]. Однако есть неоднократные публикации, отмечающие преимущество двухрядного шва [7, 9, 10] и шва с дополнительной кооптацией краёв раны на матке [11], образование адгезии вследствие отсутствия перитонизации, недостаточного гемостаза применяемых швов [7].

2. К эндогенным относят факторы, препятствующие нормальному заживлению ран и связанные с ангио- и фиброгенезом (в том числе инфекции) [7]. Что касается зависимости срока оперативного родоразрешения и риска несостоятельности рубца в последующих беременностях — единого мнения не существует. Однако есть ряд исследований, подтверждающих взаимосвязь более раннего срока оперативного родоразрешения и несостоятельности рубца на матке [6]. Симптомы разрыва матки неспецифические, что очень часто затрудняет диагностику и способствует промедлению в лечении, особенно если речь идёт о II триместре гестации. Классические симптомы разрыва матки складываются из сочетания болевого синдрома, повышенного тонуса матки с -последующим его снижением и исчезновением, пальпируемых частей плода в брюшной полости, признаков внутрибрюшного кровотечения и шока [1, 2]. При диагностированном разрыве матки лечебная тактика заключается в немедленном проведении оперативного вмешательства с возможным сохранением беременности и закрытием дефекта, адекватной инфузионной, антибактериальной и анальгетической терапией. Гистерэктомию выполняют в том случае, если разрыв матки сопровождается массивным, не поддающимся терапии кровотечением [12, 13]. Учитывая актуальность рассматриваемой проблемы, редкость встречаемости, высокий риск летальности (как перинатальной, так и материнской) при указанном осложнении, нами решено представить случай разрыва матки по рубцу в сроке 20 недели у беременной с вращением плаценты, ранее перенесшей 2 операции кесарева сечения.

Клинический случай

В 2.30 минут 24.05.2024г. в приемное отделение Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи поступила беременная Ш. 1989г.р. в тяжёлом состоянии. Предварительный диагноз: 3-я беременность, 20 недель. ОАА (рубец на матке -2), Разрыв матки по рубцу. осложнение: декомпенсированный обратимый геморрагического шок Гемоперитонит

Со слов родственников появились боли внизу живота внезапно, проснулась среди ночи, тошнота, рвота, обморочное состояние, сухость во рту, связи с чем родственники сразу же вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнестические данные: женщине 35 лет, работает в частной клинике мед. сестрой рост - 165 см, вес - 88 кг перенесенные заболевания - острые респираторные инфекции. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Результат и обсуждение

Настоящая беременность является третьей. В анамнезе: в 2019 году - кесарево сечение по поводу узкого таза при доношенной беременности (3400 г), в 2021 - кесарево сечение при доношенной беременности (4000 г). По поводу настоящей беременности женщина состояла на диспансерном учете в женской консультации с 12 недель. Женскую консультацию посещала регулярно. Осмотрена специалистами (терапевт, эндокринолог, стоматолог, офтальмологом) - без патологии.

Женскую консультацию посетила 3 раза. За период наблюдения настоящей беременности выявлена анемия беременных лёгкой степени тяжести в 18 недель, не лечилась. По результатам двукратного ультразвукового исследования: в 12 недель 6 дней (толщина стенки матки в области послеоперационного рубца не оценивалась, плацента по передней стенке матки); в 18 недель 4 дня (толщина миометрия в области рубца - 3,5 мм, плацента расположена по передние стенки матки) истончения / несостоятельности рубца, а также подозрения на врастание плаценты не отмечено. Последняя явка в женскую консультацию зарегистрирована в 20 недели (за 2 дня до госпитализации). На приеме жалоб не предъявляла, состояние удовлетворительное, АД -110/70 мм рт. ст., ЧСС - 80 ударов в минуту, КТГ - физиологический тип. В 24.06.2024г. при поступлении в стационар осмотрена консилиумом дежурных врачей гинекологов, хирургов, анестезиолог- реаниматологов, врачами УЗИ.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, заторможенное, на вопросы отвечает с трудом, сознание спутанное. Жалобы на потемнение в глазах, «мушки» перед глазами, обморочное состояние, боли внизу живота, сухость во рту, тошноту, рвоту. Положение пациентки, вынужденное на правом боку. Кожные покровы бледной окраски, акроцианоз. Пульс - 130 уд./мин., ритмичный. Артериальное давление - 70/50 мм рт. ст. Частота дыхания - 20 дыхательных движений в минуту, дыхание спонтанное. Язык влажный. Живот увеличен за счет беременной матки соответственно сроку гестации. Положение плода неустойчивое. Матка в повышенном тоне, отмечается резкая болезненность в области рубца на матке. При внутреннем акушерском исследовании матка резко болезненная в нижнем сегменте, напряжена. Влагалище свободное. Шейка матки кзади, плотная, длиной 2,5 см. Цервикальный канал закрыт. Кровянистых выделений из половых путей нет.

В приемном покое налажено внутривенное капельное введение физиологического раствора хлорида натрия. Взятые анализы по cito: общий анализ крови (Hb - 80 г/л, Эр -3,11x10¹²/л); коагулограмма (АЧТВ - 18,3м ПВ - 14,6", МНО - 1,09, фибриноген - 2,5 г/л); группа крови, резус-фактор; биохимический анализ крови (СРБ - 6,7 г/л). Срок беременности по последней менструации составил 20 недели, по данным УЗИ в первом триместре - 21 недели.

Выставлен диагноз: беременность 3, 20 недель, разрыв матки по рубцу, ОАА (2 рубец на матке), декомпенсированный обратимый геморрагический шок, анемия средней степени.

Решением консилиума решено выполнить экстренное оперативное лечение в следующем объеме: лапаротомия. Пациентка на каталке доставлена в развернутую операционную.

Особенности операции:

Анестезия - эндотрахеальный наркоз. 24.05.2024 г в 3.00 г проведена лапаротомия по старому послеоперационному рубцу. В брюшной полости 2400 мл жидкой крови со сгустками. В рану предлежит беременная матка. В нижнем сегменте матки справа разрыв по рубцу длиной 4 см, переходящий на ребро и вниз с вовлечением шейки матки и сосудистого пучка. Матка вскрыта выше области разрыва. В 3.05 извлечен мертвый плод женского пола, масса - 950 грамм, длина - 36 см, оценка по шкале Апгар - 0. Околоплодные воды светлые. При ревизии матки и плаценты установлено, что плацента расположена по передней стенке матки с признаками врастания по верхнему краю послеоперационного рубца.

Проведен интраоперационный консилиум в прежнем составе.

Интраоперационный диагноз: роды 3, 20 недель ОАА (дважды оперированная матка), вращение плаценты в область послеоперационного рубца, разрыв матки по старому рубцу, декомпенсированный обратимый геморрагический шок.

Решение консилиума: учитывая наличие разрыва матки по старому послеоперационному рубцу на оперированной матке, переход разрыва на шейку матки и правое ребро матки с вовлечением маточных сосудов, решено расширить объем операции до экстирпации матки с сохранением придатков.

Операция выполнена в соответствии с общепринятой техникой выполнения экстирпации матки. Общая интраоперационная кровопотеря составила 2900 мл (по вскрытии брюшной полости - 2400 мл, во время экстирпации матки - 500 мл, туалет брюшной полости после экстирпации матки - 500 мл). Макропрепарат: матка с последом в едином препарате, плацента по передней стенке матки с признаками вставания в области рубца. Заключительный диагноз: Беременность 3, 20 недель разрыв матки по старому рубцу, вращение плаценты, ОАА (дважды оперированная матка), декомпенсированный обратимый геморрагический, анемия тяжелой степени.

Операция: лапаротомия по Джоел - Кохену, экстирпация матки без придатков, дренирование брюшной полости, плазмо- и гемотрансфузия. Перелита 3 дозы эр массы и 3 дозы СЗП; Интраоперационно: НЬ - 60 г/л, № - 19,6%, Эр. - 2,32, тромбоциты - 241, лейкоциты - 10,14.

Послеоперационный период

При переводе пациентки в отделение АРО состояние пациентки оставалось тяжёлым. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки - бледные, теплые. Отеки верхних и нижних конечностей. В легких везикулярное дыхание, SpO₂ - 98%. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС - 100 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, доступный пальпации. Диурез - 1000 мл, по катетеру, моча светлая. Повязка сухая. По дренажу - серозно-геморрагическое отделяемое в объеме до 100 мл. В послеоперационном периоде (через 1 час после окончания операции) ОАК НЬ -80 г/л, Н - 20,9%, Эр. - 2,39, тромбоциты -230, лейкоциты - 8,2. Через 4 часа 15 минут после окончания операции пациентка переведена на спонтанное дыхание. В послеоперационном периоде выполнялось адекватное обезболивание, проводилась антибиотикотерапия (цефтриаксон, метронидазол), осуществлялось введение гепатопротекторов, низкомолекулярных гепаринов (клексан 0.4 п/к / сутки), антианемическая терапия.

Пациентка на третьи сутки была переведена из реанимационного отделения в гинекологическое отделение. Заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением с образованием послеоперационного рубца. Послеоперационные швы сняты на 7-й день после операции. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после операции. В послеродовом периоде ко дню выписки отмечалась нормализация основных показателей ОАК: НЬ - 106 г/л, Н - 30,6%, Эр. - 3,51, тромбоциты -220, лейкоциты - 8,78, СОЭ - 38 мм / час.

Проведенная инфузионно-трансфузионная терапия. Объем инфузионно-трансфузионной терапии составил 9500,0 мл. - интраоперационно - свежезамороженная плазма крови в объеме 820 мл и эритроцитарная масса в объеме 730 мл. кристаллоидных растворов - в объеме 2000 мл; (с учетом объема кровопотери, скорости снижения уровня Нб с целью быстрого восстановления коагуляционного потенциала);

- в послеоперационный период - свежезамороженная плазма крови в объеме 320 мл. и эритроцитарная масса в объеме 790 мл, кристаллоидных растворов - 3900 мл. Показанием для трансфузии являлось восполнение факторов свертывания.

Данная пациентка относилась к высокой группе риска, как по разрыву матки по рубцу, так и по вставанию плаценты: 2 операции кесарева сечения. Тяжёлое состояние пациентки при поступлении в стационар было обусловлено разрывом матки по рубцу, который произошёл внезапно (во время сна). О внезапности свидетельствует тот факт, что накануне до случившегося разрыва матки пациентка была на приеме у врача и жалоб не предъявляла.

Тяжесть состояния беременной усугубилось переходом разрыва матки на сосудистый пучок с развитием гематомы в парацервикальной клетчатке и развитием декомпенсированного обратимого геморрагического шока.

Заключение

Оказание высококвалифицированной своевременной помощи беременной пациентке в соответствии с клиническими протоколами на всех этапах позволило предупредить материнскую смертность.

1. На догоспитальном этапе - своевременное прибытие бригады скорой медицинской помощи; передача информации в приемное отделение стационара о транспортировке пациентки в тяжёлом состоянии и указанный предварительный диагноз позволили

провести адекватную подготовку к приему тяжёлой пациентки и проведению неотложной помощи в условиях стационара.

2. На госпитальном этапе - экстренно оказанная неотложная высококвалифицированная помощь беременной в полном объеме в соответствии с клиническими протоколами позволила предупредить материнскую смертность: осмотр консилиумом и транспортировка в операционную.
3. Своевременное принятое решение в создавшихся условиях о расширении объема оперативного вмешательства -экстирпации матки предупредило развитие повторного массивного кровотечения.

Адекватно проведенная инфузионно-трансфузионная терапия и профессиональное ведение послеоперационного, послеродового периодов способствовало быстрому восстановлению здоровья пациентки с последующей выпиской ее на 8-е сутки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Pakniat H., Soofizadeh N., Khezri M.B. Spontaneous uterine rupture after abdominal myomectomy at the gestational age of 20 weeks in pregnancy: A case report. *Int. J. Reprod. BioMed.* 2016; 14 (7): 483-486. PMID: 27525334 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27525334>).
2. Bharatnur S., Hebbar S., Shyamala G. Early second trimester uterine scar rupture. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013200960. doi: 10.1136/bcr-2013-200960
3. Torriente M.C. Silent uterine rupture with the use of Misoprostol for second trimester termination of pregnancy: A case report. *Hindawi Publishing Corp. Obstet. Gynecol. Intern.* 2011; 2011: 584652. doi: 10.1155/2011/584652
4. Ушаков Ю.Э., Пругло А.К., Будак В.С., Косолапова Н.В. Случай разрыва матки во время беременности после консервативной миомэктомии без ушивания матки в анамнезе. *Таврический мед.-биол. вестн.* 2013; 16 (2-2): 166-168.
5. Цхай В.Б., Колесниченко А.П., Гарбер Ю.Г. и др. Спонтанный разрыв матки по рубцу после операции кесарева сечения в сочетании с вращением плаценты. *Сибир. мед. обозрение.* 2015; (4): 74- 78.
6. Lannon Sophia M.R., Guthrie Katherine A., Vanderhoeven Jeroen P., Hilary S. Gammill uterine rupture risk after periviable Cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2015; 125 (5): 1095-1100. doi: 10.1097/AOG.0000000000000832
7. Vervoort A.J.M.W., Uittenbogaard L.B., Hehenkamp W.J.K. et al. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Human Reprod.* 2015; 30 (12): 2695- 2702. doi: 10.1093/humrep/dev240
8. Abalos E. Caesarean section surgical techniques: 3 year follow-up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016; 388 (10 039): 62-72. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00204-X
9. Bamberg C., Dudenhausen J.W., Bujak V. et al. A prospective randomized clinical trial of single vs. double layer closure of hysterotomy at the time of Cesarean delivery: The effect on uterine scar thickness. *Ultraschall. Med.* 2016; 5: 492-497. doi: 10.1055/s-0042-112223
10. Kataoka S., Tanuma F., Iwaki Y. et al. Comparison of the primary cesarean hysterotomy scars after single- and double-layer interrupted closure. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 2016; 95 (12): 1352-1358. doi: 10.1111/aogs.13015

Поступила 20.10.2024