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

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

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. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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
И.Ю. МАМАТОВА
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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
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 (Азарбайджан)
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)

10 (96)

2026
Октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 618.14-089.888.61:618.17

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ДЕФЕКТА РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Агабабян Л.Р. https://orcid.org/0000-0003-3011-6998
Насимова З.С. https://orcid.org/0000-0003-3011-6998

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Определить клинико-анамнестические и инструментальные предикторы клинически значимого дефекта рубца на матке после кесарева сечения и разработать практическую шкалу стратификации риска.

В сравнительное клиническое исследование включены 150 женщин после кесарева сечения: 100 пациенток с нарушениями репродуктивной функции и 50 женщин без репродуктивных нарушений. Анализировали клинические симптомы, особенности предыдущего кесарева сечения, течение послеоперационного периода, данные трансвагинального УЗИ и допплерографии. Независимые предикторы определяли методом логистической регрессии; диагностическую ценность оценивали ROC-анализом.

Наиболее значимыми клинико-анамнестическими факторами были послеоперационный эндометрит, экстренное кесарево сечение, продолжительность родов более 12 часов, полное раскрытие шейки матки до операции, повторные внутриматочные вмешательства, ретрофлексия матки и нарушение заживления послеоперационной раны. Клинически значимый дефект подтвержден у 72,0% пациенток основной и у 18,0% контрольной группы. В многофакторной модели независимыми предикторами были остаточная толщина миометрия ≤2,5 мм (ОШ 6,37), отношение остаточного миометрия к прилежащему ≤50% (ОШ 5,21), постменструальные кровянистые выделения (ОШ 4,82), послеоперационный эндометрит (ОШ 4,11), сложная ниша/боковые ответвления (ОШ 3,78), жидкостное содержимое (ОШ 3,02) и ретрофлексия матки (ОШ 2,44). Комбинированная модель имела AUC 0,94.

Риск клинически значимого дефекта рубца определяется совокупностью анамнестических, клинических и морфометрических признаков. Балльная стратификация позволяет выделять пациенток низкого, среднего и высокого риска и определять показания к углубленному обследованию.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, ниша, истмоцеле, репродуктивные нарушения, факторы риска, остаточная толщина миометрия, стратификация риска.

KESARCHA KESISHDAN KEYINGI BACHADON CHANDIG’INING KLINIK AHAMIYATLI NUQSONI UCHUN KLINIK-ANAMNESTIK VA INSTRUMENTAL PREDIKTORLAR

Agababyan L.R., Nasimova Z.S.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Sezaryen so'ng bachadonda klinik ahamiyatga ega bo'lgan chandiq nuqsonining klinik-anamnestik va instrumental prognozlarini aniqlang va xavfni tabaqalashtirishning amaliy shkalasini ishlab chiqing.

Qiyosiy klinik sinov sezaryen so'ng 150 ayolni o'z ichiga oladi: reproduktiv funktsiyasi buzilgan 100 bemor va reproduktiv kasalliklari bo'lmagan 50 ayol. Klinik alomatlar, oldingi sezaryen xususiyatlari, operatsiyadan keyingi davr, transvaginal ultratovush va dopplerografiya ma'lumotlari tahlil qilindi. Mustaqil bashoratchilar logistik regressiya usuli bilan aniqlandi; diagnostika qiymati ROC tahlili bilan baholandi.

Eng muhim klinik-anamnestik omillar operatsiyadan keyingi endometrit, favqulodda sezaryen, tug'ilish davomiyligi 12 soatdan ortiq, operatsiyadan oldin bachadon bo'yni to'liq kengayishi, takroriy intrauterin aralashuvlar, bachadon retrofleksiyasi va operatsiyadan keyingi jarohatni davolashning buzilishi edi. Klinik jihatdan muhim nuqson asosiy bemorlarning 72,0 foizida va nazorat guruhining 18,0 foizida tasdiqlangan. Multifaktorial modelda mustaqil bashorat qiluvchilar qoldiq miyometrium qalinligi ≤2,5 mm (osh 6,37), qoldiq miyometriyning qo'shni bilan nisbati ≤50% (osh 5,21), hayzdan keyingi dog'lar (osh 4,82), operatsiyadan keyingi endometrit (osh 4,11), murakkab joy / yon novdalar (osh 3,78), suyuqlik tarkibi (osh 3,02)) va bachadon retrofleksiyasi (osh 2,44). Kombinatsiyalangan modelda AUC 0,94 mavjud edi.

Klinik jihatdan ahamiyatli chandiq nuqsoni xavfi anamnestik, klinik va morfometrik belgilar to'plami bilan belgilanadi. Ballarni tabaqalashtirish past, o'rta va yuqori xavfli bemorlarni ajratib ko'rsatish va chuqur tekshiruv uchun ko'rsatkichlarni aniqlash imkonini beradi.

Kalit so'zlar: sezaryen, bachadon chandig'i, joy, istmosel, reproduktiv kasalliklar, xavf omillari, miyometriumning qoldiq qalinligi, xavf tabaqalanishi.

CLINICAL, ANAMNESTIC AND INSTRUMENTAL PREDICTORS OF A CLINICALLY SIGNIFICANT CESAREAN SCAR DEFECT

Agababyan L.R., Nasimova Z.S.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

To determine the clinical, anamnestic, and instrumental predictors of a clinically significant defect in the uterine scar after cesarean section and to develop a practical risk stratification scale.

The comparative clinical study included 150 women after cesarean section: 100 patients with reproductive function disorders and 50 women without reproductive disorders. Clinical symptoms, features of the previous cesarean section, the course of the postoperative period, and data from transvaginal ultrasound and Dopplerography were analyzed. Independent predictors were identified using logistic regression; diagnostic value was assessed using ROC analysis.

The most significant clinical and anamnestic factors were postoperative endometritis, emergency cesarean section, duration of labor exceeding 12 hours, complete dilation of the cervix prior to surgery, repeated intrauterine interventions, uterine retroflexion, and impaired healing of the postoperative wound. A clinically significant defect was confirmed in 72.0% of patients in the main group and in 18.0% of the control group. In the multifactorial model, independent predictors were residual myometrial thickness ≤2.5 mm (OR 1.37), the ratio of residual myometrium to adjacent myometrium ≤50% (OR 1.21), postmenstrual spotting (OR 4.82), postoperative endometritis (OR 4.11), and a complex cavity/lateral branch (OR 0.78), fluid content (OR 1.02), and uterine retroflexion (OR 2.44). The combined model had an AUC of 0.94.

The risk of a clinically significant scar defect is determined by a combination of anamnestic, clinical, and morphometric features. Score-based stratification makes it possible to identify patients at low, medium, and high risk and to determine the indications for an in-depth examination.

Keywords: cesarean section, uterine scar, niche, isthmoceles, reproductive disorders, risk factors, residual myometrial thickness, risk stratification.

Актуальность

Увеличение частоты кесарева сечения закономерно сопровождается ростом числа женщин репродуктивного возраста с рубцом на матке. При нарушении репаративных процессов в зоне гистеротомии формируется локальный дефект миометрия — ниша или истмоцеле. Клиническая значимость такого дефекта определяется не самим фактом его визуализации, а

сочетанием симптомов, локального истончения миометрия, деформации полости матки и репродуктивных нарушений [2–5, 12, 15].

Формирование неполноценного рубца связано с особенностями родов и операции: экстренным вмешательством, длительным родовым процессом, выраженным раскрытием шейки матки, послеоперационными инфекционно-воспалительными осложнениями, повторными внутриматочными вмешательствами и особенностями положения матки. Поэтому для прогнозирования клинически значимого дефекта принципиально важен не изолированный ультразвуковой показатель, а интегральная оценка анамнеза, жалоб и морфометрических характеристик рубца.

Актуальной задачей является создание простой воспроизводимой модели, позволяющей до инвазивного этапа обследования выделять женщин высокого риска и рационально определять необходимость МРТ, гистероскопии или консультации гинеколога-хирурга.

Цель исследования: Определить факторы риска и независимые предикторы клинически значимого дефекта рубца на матке после кесарева сечения и разработать балльную шкалу стратификации риска.

Материал и метод

Исследование проведено в 2021–2025 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии факультета последипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета и частного медицинского центра «Innova». Включены 150 женщин репродуктивного возраста, перенесших кесарево сечение не менее чем за 6 месяцев до обследования.

Основную группу составили 100 пациенток с нарушениями репродуктивной функции после кесарева сечения; контрольную — 50 женщин после кесарева сечения без репродуктивных нарушений и выраженных клинических проявлений, предположительно связанных с рубцом. Критериями включения являлись возраст 18–45 лет, кесарево сечение при сроке не менее 34 недель, отсутствие беременности на момент обследования и информированное согласие.

Количественные показатели сравнивали t-критерием Стьюдента или U-критерием Манна–Уитни, качественные — χ^2 Пирсона или точным критерием Фишера. Рассчитывали ОШ с 95% ДИ. Независимые предикторы определяли многофакторной логистической регрессией. Диагностическую ценность показателей и модели оценивали ROC-анализом; $p<0,05$ считали статистически значимым.

Результат и обсуждение

Таблица 1 Общая характеристика обследованных пациенток

Показатель	Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=50	p
Возраст, годы	31,4±5,2	30,9±5,0	0,570
ИМТ, кг/м²	25,8±3,6	25,4±3,4	0,507
Период после последнего КС, годы	4,3±2,2	4,1±2,1	0,590
Возраст при последнем КС, годы	27,1±4,8	26,8±4,7	0,714
Продолжительность брака, годы	8,2±4,5	7,8±4,3	0,598
Соматические заболевания	38 (38,0%)	17 (34,0%)	0,631
Клинически значимый дефект рубца	**72 (72,0%)**	**9 (18,0%)**	**<0,001**

Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, длительности периода после последнего кесарева сечения и продолжительности брака, что уменьшало вероятность систематического влияния базовых демографических различий на результаты. Клинически значимый дефект рубца выявлен у 72 (72,0%) пациенток основной группы и у 9 (18,0%) женщин контрольной группы ($p<0,001$).

Таблица 2 Клинико-анамнестические факторы риска нарушений репродуктивной функции

Фактор	Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=50	ОШ	95% ДИ	p
Экстренное кесарево сечение	68 (68,0%)	22 (44,0%)	2,70	1,34–5,44	0,005
Продолжительность родов >12 ч	41 (41,0%)	10 (20,0%)	2,78	1,25–6,18	0,010
Полное раскрытие шейки матки до операции	32 (32,0%)	7 (14,0%)	2,89	1,16–7,19	0,019
Послеоперационный эндометрит	26 (26,0%)	3 (6,0%)	5,50	1,58–19,21	0,003
Повторное выскабливание полости матки	31 (31,0%)	6 (12,0%)	3,29	1,27–8,54	0,011
Заживление раны вторичным натяжением	14 (14,0%)	1 (2,0%)	7,98	1,02–62,65	0,024
Ретрофлексия матки	37 (37,0%)	8 (16,0%)	3,08	1,31–7,27	0,008
Интервал между беременностями <2 лет	44 (44,0%)	14 (28,0%)	2,02	0,97–4,20	0,058

Максимальные отношения шансов отмечены при нарушенном заживлении послеоперационной раны и послеоперационном эндометрите. Экстренный характер операции, длительные роды и вмешательство при полном раскрытии шейки матки также достоверно повышали вероятность последующих репродуктивных нарушений. Количество кесаревых сечений само по себе достоверной связи не показало.

Таблица 3 Независимые предикторы клинически значимого дефекта рубца

Предиктор	Скорректированное ОШ	95% ДИ	p
Постменструальные кровянистые выделения	4,82	2,01–11,56	<0,001
Послеоперационный эндометрит в анамнезе	4,11	1,13–14,98	0,032
Остаточная толщина миометрия ≤2,5 мм	6,37	2,63–15,43	<0,001
Отношение остаточного миометрия к прилежащему ≤50%	5,21	2,13–12,73	<0,001
Сложная форма ниши/боковые ответвления	3,78	1,36–10,49	0,011
Жидкостное содержимое в нише	3,02	1,25–7,29	0,014
Ретрофлексия матки	2,44	1,02–5,84	0,045

В многофакторной модели ведущими независимыми предикторами были остаточная толщина миометрия ≤2,5 мм и отношение остаточного миометрия к прилежащему ≤50%. Существенную самостоятельную прогностическую роль сохраняли постменструальные выделения и перенесенный послеоперационный эндометрит. Точность классификации модели составила 88,0%.

Комбинированная модель превосходила отдельные маркеры и достигала AUC 0,94. На основании коэффициентов модели сформирована практическая 13-балльная шкала: 0–3 балла — низкий риск, 4–7 — средний, 8–13 — высокий. Клинически значимый дефект подтвержден соответственно у 14,6%, 52,7% и 95,7% пациенток, что подтверждает выраженный градиент риска.

Таблица 4 ROC-характеристики ключевых диагностических показателей

Показатель	Порог	AUC	95% ДИ	Чувствительность, %	Специфичность, %
Остаточная толщина миометрия	≤2,5 мм	0,89	0,84–0,94	84,0	82,6
Глубина ниши	≥4,5 мм	0,85	0,78–0,91	81,5	78,3
Отношениеостаточного/прилежащего миометрия	≤50%	0,91	0,86–0,95	86,4	85,5
Индекс резистентности	≥0,70	0,78	0,70–0,85	74,1	72,5
Комбинированная модель	расчетный порог	0,94	0,90–0,97	90,1	89,9

Заключение

Клинически значимый дефект рубца после кесарева сечения имеет многофакторную природу. Наиболее важными анамнестическими факторами являются послеоперационный эндометрит, экстренное кесарево сечение, длительные роды, полное раскрытие шейки матки до операции, повторные внутриматочные вмешательства и нарушение заживления раны.

Ведущими инструментальными предикторами являются остаточная толщина миометрия ≤2,5 мм, отношение остаточного миометрия к прилежащему ≤50%, сложная форма ниши и жидкостное содержимое. Интеграция клинических и ультразвуковых признаков в балльную шкалу обеспечивает эффективную стратификацию риска и позволяет обоснованно отбирать пациенток для углубленного обследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Баев ОР. Причины роста и пути снижения частоты кесарева сечения в современном акушерстве. Вестник Российской академии медицинских наук. 2024;79(5):385–392.
2. Курцер МА, Егикян НМ, Савельева НА, и др. Вторичное бесплодие, ассоциированное с нишей рубца на матке после кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020;19(5):95–101. doi: 10.20953/1726-1678-2020-5-95-101.
3. Курцер МА, Егикян НМ, Савельева НА, Синицына ОВ, Шестакова ЛА. Распространенность хронического эндометрита у пациенток со вторичным бесплодием, ассоциированным с нишей в проекции рубца на матке после кесарева сечения. Гинекология. 2022;24(2):88–94. doi: 10.26442/20795696.2022.2.201424.
4. Оленев АС, Вученович ЮД, Новикова ВА, Радзинский ВЕ. Синдром оперированной матки: что дальше? Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2019;7(3):38–56. doi: 10.24411/2303-9698-2019-13006.
5. Подзолкова НМ, Демидов АВ, Осадчев ВБ, Бабков КВ, Денисова ЮВ. Истмоцеле: дискуссионные вопросы терминологии, диагностики и лечения. Гинекология. 2024;26(2):119–127. doi: 10.26442/20795696.2024.2.202716.
6. Ahamed FM, et al. Link between cesarean section scar defect and secondary infertility: case reports and review. JBRA Assisted Reproduction. 2023;27(1):134–141. doi: 10.5935/1518-0557.20220047.
7. Budny-Winska J, Pomorski M. Uterine niche after cesarean section: a review of diagnostic methods. Ginekologia Polska. 2021;92(10):726–730. doi: 10.5603/GP.a2021.0195.
8. Dosedla E, Gal P, Calda P. Association between deficient cesarean delivery scar and cesarean scar syndrome. Journal of Clinical Ultrasound. 2021;49:538–543. doi: 10.1002/jcu.22911.
9. Gozzi P, Hees KA, Berg C, et al. Frequency and associated symptoms of isthmoceles in women 6 months after caesarean section: a prospective cohort study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2023;307(3):841–848. doi: 10.1007/s00404-022-06822-8.

10. He Y, Zhong J, Zhou W, et al. Four surgical strategies for the treatment of cesarean scar defect: a systematic review and network meta-analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2020;27(3):593–602. doi: 10.1016/j.jmig.2019.03.027.
11. Hsu I, et al. Bacterial colonization at caesarean section defects in women of secondary infertility: an observational study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022;22:135. doi: 10.1186/s12884-022-04471-y.
12. Jordans IPM, de Leeuw RA, Stegwee SI, et al. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2019;53(1):107–115. doi: 10.1002/uog.19049.
13. Monteagudo A, et al. Saline infusion sonohysterography in non-pregnant women with previous cesarean delivery: the niche in the scar. Journal of Ultrasound in Medicine. 2001;20(10):1105–1115.
14. Mohr-Sasson A, et al. The association between uterine scar defect (niche) and the presence of symptoms. Reproductive BioMedicine Online. 2023;47(2):103221. doi: 10.1016/j.rbmo.2023.04.015.
15. Murji A, et al. Cesarean scar defects and abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. Fertility and Sterility. 2022;118(4):758–766. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.06.017.
16. van den Tweel MM, van der Struijs S, Le Cessie S, et al. The impact of caesarean scar niche on fertility: a systematic review. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2024;44(1):2349714. doi: 10.1080/01443615.2024.2349714.
17. Verberkt C, Jordans IPM, Van den Bosch T, et al. How to perform standardized sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2022;60(3):420–424. doi: 10.1002/uog.24953.

Поступила 20.09.2026