<https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-2-75-80>

«Медленное» кесарево сечение при несостоятельности корпорального рубца (клинический случай)

Р.И. Сафиуллин¹, И.И. Мусин¹, А.Р. Молоканова²

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3

² Казанский государственный медицинский университет, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

Контакты: Молоканова Анжелла Радиковна, тел.: +7 (905) 316-28-68, e-mail: angella1210@mail.ru

Сафиуллин Руслан
Ильясович —
д.м.н., профессор кафедры
урологии с курсом ИДПО,
тел.: +7 (347) 272-93-87,
e-mail: kafedrauro@gmail.com

Мусин Ильнур Ирекович —
к.м.н., доцент кафедры аку-
шерства и гинекологии № 2,
тел.: +7 (917) 467-10-64,
e-mail: ilnur-musin@yandex.ru

Молоканова Анжелла
Радиковна —
студентка лечебного
факультета,
тел.: +7 (905) 316-28-68,
e-mail: angella1210@mail.ru

Резюме

Введение. Увеличившееся количество операций кесарева сечения несет определенные риски при планировании и вынашивании последующих беременностей. Несмотря на то что тенденция к оперативным родам постепенно заменяется естественными, частота повторного кесарева сечения преобладает, причинами которого являются несостоятельность рубца и наличие «классического» (корпорального) рубца на матке. Использование корпорального доступа на сегодняшний день постепенно замещается менее травматичными доступами.

Цели и задачи. Проведение операции «медленного» кесарева сечения при наличии корпорального рубца на матке.

Материалы и методы. Приведен клинический случай неполного разрыва матки по корпоральному рубцу при второй беременности на сроке 38 недель. Корпоральный рубец возник в результате проведения операции кесарева сечения при прерывании первой беременности на сроке 22–23 недели.

Результаты. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки домой с ребенком. Послеоперационный период без осложнений, результаты проведенных анализов перед выпиской в пределах нормы.

Обсуждение. Проведенный корпоральный разрез при первой беременности был нецелесообразен и нес повышенные риски при последующих беременностях. Для прерывания беременности во II триместре необходимо было рассмотреть терапевтические методы, операцию малого кесарева сечения или кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Заключение. Проведение операции «медленного» кесарева сечения имеет преимущества по сравнению с классическим кесаревым сечением: мягкая адаптация плода к условиям окружающей среды, очищение слизистой ротоглотки плода, установление более прочной связи между матерью и родившимся ребенком в последующем. В дальнейшем мы планируем провести клиническую оценку детей, рожденных путем «медленного» кесарева сечения.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец, матка, разрыв матки, родов осложнения, аборт терапевтический

Для цитирования: Сафиуллин Р.И., Мусин И.И., Молоканова А.Р. «Медленное» кесарево сечение при несостоятельности корпорального рубца (клинический случай). Креативная хирургия и онкология. 2018;8(2):159–164. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-2-75-80>

“Slow” Cesarean Section by Inconsistent Corporal Scar (Clinical Case)

Safiullin Ruslan Ilyasovich —
Doctor of Medical Sciences,
Professor at the Department
of Urology with the Course
of Additional Professional
Education,
tel.: +7 (347) 272-93-87,
e-mail: kafedrauro@gmail.com

Musin Ilnur Irekovich —
Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the
Department of Obstetrics and
Gynaecology No. 2,
tel.: +7 (917) 467-10-64,
e-mail: ilnur-musin@yandex.ru

Molokanova Anzhella
Radikovna —
Student of the Faculty of
General Medicine,
tel.: +7 (905) 316-28-68,
e-mail: angella1210@mail.ru

Ruslan I. Safiullin¹, Ilnur I. Musin¹, Anzhella R. Molokanova²

¹ Bashkir State Medical University, 3 Lenin str., Ufa, 450008, Russian Federation

² Kazan State Medical University, 49 Butlerova str., Kazan, 420012, Russian Federation

Contacts: Molokanova Anzhella Radikovna, tel.: +7 (905) 316-28-68, e-mail: angella1210@mail.ru

Summary

Introduction. Increasing the initial number of caesarean delivery operations involves certain risks when planning and carrying subsequent pregnancies. Despite the trend towards operative childbirth being gradually being replaced by natural, the frequency of recurrent caesarean is higher than the prevailing rate due to scar inconsistency and the presence of a “classic” (corporal) scar on the uterus. The use of corporal access to date is gradually being replaced by less traumatic access. The operation of “slow” caesarean section is considered as an alternative approach to surgical delivery.

Purpose and objectives. To analyse the operation of “slow” caesarean section in the presence of corporal scars on the uterus.

Materials and methods. The resulted clinical case of incomplete rupture of the uterus by corporal scar in the second pregnancy at a period of 38 weeks. Corporal scarring as a result of caesarean operations in the case of interruption of first pregnancy at a period of 22–23 weeks.

Results. The patient was discharged in a satisfactory condition on the 5th day with the child. Postoperative period without complications; results of analyses performed prior to discharge within normal limits.

Discussion. The conducted corporal incision at the first pregnancy was inexpedient due to presenting increased risks in subsequent pregnancies. For the termination of pregnancy in the second trimester, it was necessary to consider therapeutic methods, the operations of a minor caesarean section or a caesarean section in the lower segment of the uterus.

Conclusion. Conducting “slow” caesarean section has the following advantages over classic caesarean section: soft adaptation of the foetus to environmental conditions, purification of the mucous oropharynx of the foetus, establishing a stronger bond between the mother and her future child. In future, we plan to conduct a clinical evaluation of children delivered through a “slow” caesarean section.

Keywords: caesarean section, cicatrix, uterus, uterine rupture, obstetric labour complications, therapeutic abortion

For citation: Safiullin R.I., Musin I.I., Molokanova A.R. “Slow” Cesarean Section by Inconsistent Corporal Scar (Clinical Case). *Creative Surgery and Oncology*. 2018;8(2):159–164. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-2-75-80>

Введение

Увеличившееся за последние 10 лет как в России, так и во всем мире количество операций кесарева сечения несет определенные риски в послеоперационном периоде (гематомы и кровоизлияние, инфекция, тромбоз яичниковой вены, расщепление матки и разрыв) [1, 2] при планировании и вынашивании последующих беременностей, в том числе увеличение количеств рубцовых эктопических беременностей, *placenta accreta* [3–7] и аномально расположенную плаценту [8]. В России частота кесарева сечения составляет 16–27 % [9], наибольшее число оперативного родоразрешения происходит на III уровне 35–40 %, а в специализированных научных центрах может достигать до 70 %. Согласно данным многих исследователей, за последние десятилетия отмечается неуклонный рост абдоминального родоразрешения: с 5,8 % в 1970 г. до 49,7 % в 2015 г. [10]. Несмотря на то что тенденция к оперативным родам постепенно заменяется естественными, частота повторного кесарева сечения преобладает. Самыми распространенными причинами повторных операций кесарева сечения являются несостоятельность рубца и наличие «классического» (корпорального) рубца на матке, который чаще является причиной разрыва матки [11].

Использование корпорального доступа на сегодняшний день постепенно замещается доступами по Джоэл-Кохену, Пфанненштилю, Дерфлеру [12] ввиду меньшей их травматичности и более благоприятных прогнозов при последующих беременностях. В ГКБ № 8 и акушерском отделении ГКБ № 3 города Уфы (под руководством проф. А.Г. Яшук) введена оперативная тактика «медленного» кесарева сечения. Она заключается в том, что через выполненный оперативный доступ выводится головка и плод медленно продвигается наружу. Давление со стороны матки и мягких тканей способствует выходу альвеолярной жидкости, плод делает вдох. Продвигаясь, туловище тампонирует разрез, сводя к минимуму кровотечение. При этом головной конец операционного стола приподнимают, что дает роженице возможность наблюдать за процессом. Как только ребенок полностью рождается, пуповину пережимают, а его самого кладут матери на грудь, обеспечивая самый ранний контакт «кожа-к-коже». Таким образом техника «медленного» кесарева сечения максимально имитирует вагинальные роды [13].

Ввиду обострившейся в последние несколько лет тенденции «домашних» родов и желания женщины к самостоятельным родам без какого-либо медицинского вмешательства наличие корпорального рубца в анамнезе (большого риска его несостоятельности по сравнению с рубцом нижнего сегмента) может привести к разрыву матки и летальному исходу как для матери, так и для ребенка.

Тем не менее многие медицинские учреждения делают выбор в пользу «классического» разреза, не имея к этому обоснованных показаний, ввиду недостатка знаний и навыков о выполнении операции кесарева сечения в нижнем сегменте либо руководствуясь быстротой выполнения данной операции.

Материалы и методы

Клинический случай. Пациентка N, 30 лет, поступила в ГРД № 8 г. Уфы в марте 2018 года с жалобами на тянущие боли внизу живота. Диагноз: Беременность 38 недель, головное предлежание, предвестники родов. Несостоятельность рубца на матке. Сопутствующие: Анемия средней степени тяжести. Рубец на матке после кесарева сечения. Хронический гастрит вне обострения. РВНС по смешанному типу. Ожирение 3-й степени. Рост — 164 см, вес — 115 кг, ИМТ — 42,7. Размеры таза: 28 × 3 × 41 × 29 см. Ромб Михаэлиса — 11 × 11 см. Положение плода: продольное, предлежит головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Высокий перинатальный риск. Из анамнеза было известно, что беременность вторая. Первая закончилась прерыванием по медицинским показаниям (ВПП) на сроке 22–23 недели в январе 2017 года. Прерывание беременности проводилось путем малого кесарева сечения с корпоральным доступом. Настоящая беременность осложнялась токсикозом на 13–14-й неделях, острым отитом на 26–27-й неделях, угрозой прерывания на 35–36-й неделе.

При проведенном УЗИ толщина миометрия в области рубца 2,1 мм, нет признаков несостоятельности рубца [14]. В плановом порядке было проведено оперативное родоразрешение. В процессе операции был диагностирован выраженный спаечный процесс. Учитывая отсутствие условий для визуализации корпорального рубца из-за спаечного процесса, принято решение о проведении плановой операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Дерфлеру (рис. 1), во время проведения которой был обнаружен неполный разрыв матки по корпоральному рубцу на брюшине размером 2,5 × 3 см, сквозь который просвечивалось тельце плода (рис. 2).

Рисунок 1. Разрез по Дерфлеру
Figure 1. Section by Derfler's technique

Рисунок 2. Неполный разрыв по корпоральному рубцу
Figure 2. Incomplete rupture in corporal scar

Было успешно проведено «медленное» кесарево сечение. Произведено иссечение участка рубца и ушито отдельным узловатым викрилом без прокола эндометрия. В послеоперационном периоде состояние роженицы удовлетворительное, боли в области послеоперационной раны умеренные, АД 105/68 мм рт. ст., Ps. 76 уд./мин, лохии кровянистые, умеренные, признаков воспаления послеоперационной раны нет. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, посиндромная, обезболивающая терапия, санация, стимуляция кишечника в раннем послеоперационном периоде, утеротоническая терапия, антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений.

Заключение УЗИ ОМТ:

Матка: длина 129 мм, ширина 131, передне-задний размер 63 мм, М-эхо 9 мм. Полость матки сомкнута. Область рубца: рубец равномерный, толщина 5 мм.

Заключение: эхо-картина соответствует послеродовому периоду 5 суток.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки домой с ребенком. Результаты проведенных анализов перед выпиской: ОАК: Hb 88 г/л, Er 3,44 × 10¹²/л, PLT 250 × 10⁹/л, Leu 8,7 × 10⁹/л.

Результаты и обсуждения

Корпоральный разрез при первой беременности нецелесообразен, так как мы не преследуем цель сохранения жизнеспособности плода, а продольный ход разреза пересекает большое количество мышечных волокон стенки матки, приводит к большей травматизации стенки матки, а учитывая усиленную васкуляризацию тела матки, корпоральное КС сопровождается значительным кровотечением.

Использование данного метода во время первой беременности является недопустимым, так как все последующие беременности будут стоять под угрозой прерывания ввиду риска разрыва рубца, родоразрешения путем повторного корпорального кесарева сечения и иссечения старого рубца, тем самым уменьшая размеры матки и снижая ее репродуктивную способность.

Для пациентки N при выборе метода прерывания первой беременности следовало выбрать терапевтический метод (применение различных схем препаратов простагландинов, антипрогестагенов, окситоцина) [15–18]. Терапевтический метод следует рассматривать в первую очередь, так как травматизация миометрия в ходе операции приводит к нарушению его репарации и регенерации, создавая среду для размножения микроорганизмов [19]. Следует учитывать, что, согласно исследованиям [20], у женщин, в анамнезе которых было

Рисунок 3. «Медленное» кесарево сечение
Figure 3. "Slow" caesarean section

кесарево сечение, при последующих беременностях нарушение лактации составляет 57 %. В случае невозможности применения терапевтического метода и при необходимости выполнения оперативного прерывания беременности следует выбирать малое кесарево сечение по способу Лейбника [21, 22] (при наличии у хирурга необходимых знаний и навыков для выполнения данной операции) либо проводить операцию кесарева сечения в нижнем сегменте матки.

Учитывая ожирение, рыхлость мышц, «свежий» рубец, пациентка относится к группе риска по разрыву матки и должна была наблюдаться в женской консультации в группе высокого риска.

Заключение

Проведенное «медленное» кесарево сечение имеет преимущества по сравнению со стандартным. При стандартном кесаревом сечении извлечение плода происходит быстро, не давая возможности адаптироваться к условиям окружающей среды, при «медленном» кесаревом сечении врачи дают возможность плоду выбраться из матки наружу самостоятельно. Продолжительность «медленного» кесарева сечения занимает в среднем от 3 до 5 минут, что позволяет давлению со стороны матки и мягких тканей матери удалить жидкость из дыхательных путей новорожденного (рис. 3), аналогичный эффект мы можем наблюдать при родах через естественные родовые пути.

При данной технике происходит более мягкая адаптация плода к окружающей среде, очищение слизистой ротоглотки плода (что снижает вероятность аспирации ее содержимого), возможное снижение послеродовой депрессии и более благоприятное установление лактации. На данное время методика «медленного» кесарева сечения более перспективна, но недостаточно изучена. Мы считаем, что данная методика оперативного родоразрешения является безопасной как для женщины, так и для плода, и планируем в дальнейшем провести клиническую оценку детей, рожденных путем «медленного» кесарева сечения.

Список литературы

- Gui B., Danza F.M., Valentini A.L., Laino M.E., Caruso A., Carducci B., et al. Multidetector CT appearance of the pelvis after cesarean delivery: normal and abnormal acute findings. *Diagn Interv Radiol.* 2016;22(6):534–41. DOI: 10.5152/dir.2016.15593
- Filipcikova R., Oborna I., Brezinova J., Bezdicikova M., Laichman S., Dobias M., et al. Dehiscent scar in the lower uterine segment after Caesarean section and IVF infertility treatment: a case report. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2014;158(4):654–8. DOI: 10.5507/bp.2013.001
- Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(5):731–8. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.02.020
- Ades A., Parghi S. Laparoscopic resection of cesarean scar ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(4):533–5. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.11.006
- Zahalkova L., Kacerovsky M. Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ceska Gynecol.* 2016;81(6):414–9. PMID: 27918158.
- Morgan-Ortiz F., Retes-Angulo B., Retes-Lapizco B., Morgan-Ruiz F.V. Repeated ectopic pregnancy in previous caesarean scar: a case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83(10):641–7. PMID: 26859926.
- Gao L., Huang Z., Zhang X., Zhou N., Huang X., Wang X. Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy — a case series and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;200:102–7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.02.039
- Jauniaux E., Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):27–36. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.02.050
- Баринов С.В., Биндюк А.В., Ралко В.В., Гребенюк О.А., Ильиных И.М. К вопросу о родоразрешении беременных с рубцом на матке. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2015;15(4):29–33. DOI: 10.17116/rosakush201515429-33
- Сарбасова А.Е., Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Джуманова З.Д., Карнаух М.М. Кесарево сечение в современном акушерстве: эпидемиология, значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии, осложнения. *Астраханский медицинский журнал.* 2016;11(2):57–64.
- Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Карпеченко А.В., Марабян Л.М. Повторная операция кесарева сечения в современном акушерстве. Есть ли резервы снижения? *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* 2015;(3):117–22.
- Маркарян Н.М., Голикова Т.П., Есипова Л.Н. Кесарево сечение. Нерешенные вопросы. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* 2016;(2):143–9.
- Stevens J., Schmied V., Burns E., Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456–73. DOI: 10.1111/mcn.12128
- Uharcek P., Brestansky A., Ravinger J., Manova A., Zajacova M. Sonographic assessment of lower uterine segment thickness at term in women with previous cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292(3):609–12. DOI: 10.1007/s00404-015-3687-0
- Fink G., Gerber S., Dean G. Misoprostol in abortion care: review and update. *Curr Obstet Gynecol Reports.* 2017;6(2):100–8. DOI: 10.1007/s13669-017-0202-6
- Winikoff B., Dzuba I.G., Chong E., Goldberg A.B., Lichtenberg E.S., Ball C., et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5):1070–6. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31826c315f
- Abbas D.F., Blum J., Ngoc N.T., Nga N.T., Chi H.T., Martin R., et al. Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):1077–83. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001688
- Marwah S., Gupta S., Batra N.P., Bhasin V., Sarna V., Kaur N. A comparative study to evaluate the efficacy of vaginal vs oral prostaglandin E1 analogue (Misoprostol) in management of first trimester missed abortion. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(5):QC14–8. DOI: 10.7860/JCDR/2016/18178.7891
- Wu C., Chen X., Mei Z., Zhou J., Wu L., Chiu W.-H., et al. A preliminary study of uterine scar tissue following cesarean section. *J Perinat Med.* 2018;46(4):379–86. DOI: 10.1515/jpm-2016-0347
- Тюрина А.А., Ящук А.Г., Даутова Л.А., Бикмуллина Д.И., Закирова А.И. Особенности грудного вскармливания у женщин с миомой матки после абдоминального родоразрешения. *Практическая медицина.* 2017;(7):138–42.
- Kadhel P., Toto T., Janky E. Vaginal cesarean section: heir to, but not legacy of Dührssen's incision. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(5):1063–7. DOI: 10.1007/s00404-014-3539-3
- Савельева Г.М., Караганова Е.Я. Кесарево сечение. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2015;(2):53–60.

References

- 1 Gui B., Danza F.M., Valentini A.L., Laino M.E., Caruso A., Carducci B., et al. Multidetector CT appearance of the pelvis after cesarean delivery: normal and abnormal acute findings. *Diagn Interv Radiol*. 2016;22(6):534–41. DOI: 10.5152/dir.2016.15593
- 2 Filipcikova R., Oborna I., Brezinova J., Bezdicikova M., Laichman S., Dobias M., et al. Dehiscent scar in the lower uterine segment after Cesarean section and IVF infertility treatment: a case report. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2014;158(4):654–8. DOI: 10.5507/bp.2013.001
- 3 Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(5):731–8. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.02.020
- 4 Ades A., Parghi S. Laparoscopic resection of cesarean scar ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(4):533–5. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.11.006
- 5 Zahalkova L., Kacerovsky M. Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ceska Gynecol*. 2016;81(6):414–9. PMID: 27918158.
- 6 Morgan-Ortiz F., Retes-Angulo B., Retes-Lapizco B., Morgan-Ruiz F.V. Repeated ectopic pregnancy in previous cesarean scar: a case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(10):641–7. PMID: 26859926.
- 7 Gao L., Huang Z., Zhang X., Zhou N., Huang X., Wang X. Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy — a case series and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;200:102–7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.02.039
- 8 Jauniaux E., Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):27–36. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.02.050
- 9 Barinov S.V., Bindyuk A.V., Ralko V.V., Grebenyuk O.A., Ilyinykh I.M. On delivery in pregnant women with a uterine scar. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist = Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2015;15(4):29–33. DOI: 10.17116/rosakush201515429-33 (in Russ.)
- 10 Sarbasova A.E., Sinchikhin S.P., Mamiev O.B., Dzhumanova Z.D., Karnaukh M.M. Cesarean section in modern obstetrics: epidemiology, importance for prevention of obstetric and perinatal pathology, complications. *Astrakhan Medical Journal*. 2016;11(2):57–64. (in Russ.)
- 11 Gumeniuk E.G., Kormakova T.L., Karpechenko A.V., Marabjan L.M. Repeated caesarean section in modern obstetrics. Are there decreasing reserves?. *RUDN journal of Medicine*. 2015;(3):117–22. (in Russ.)
- 12 Markarian N.M., Golikova T.P., Esipova L.N. Cesarean section. Unsolved questions. *RUDN journal of Medicine*. 2016;(2):143–9. (in Russ.)
- 13 Stevens J., Schmied V., Burns E., Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):456–73. DOI: 10.1111/mcn.12128
- 14 Uharcek P., Brestansky A., Ravinger J., Manova A., Zajacova M. Sonographic assessment of lower uterine segment thickness at term in women with previous cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(3):609–12. DOI: 10.1007/s00404-015-3687-0
- 15 Fink G., Gerber S., Dean G. Misoprostol in abortion care: review and update. *Curr Obstet Gynecol Reports*. 2017;6(2):100–8. DOI: 10.1007/s13669-017-0202-6
- 16 Winikoff B., Dzuba I.G., Chong E., Goldberg A.B., Lichtenberg E.S., Ball C., et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):1070–6. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31826c315f
- 17 Abbas D.F., Blum J., Ngoc N.T., Nga N.T., Chi H.T., Martin R., et al. Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1077–83. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001688
- 18 Marwah S., Gupta S., Batra N.P., Bhasin V., Sarna V., Kaur N. A comparative study to evaluate the efficacy of vaginal vs oral prostaglandin E1 analogue (Misoprostol) in management of first trimester missed abortion. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5):QC14–8. DOI: 10.7860/JCDR/2016/18178.7891
- 19 Wu C., Chen X., Mei Z., Zhou J., Wu L., Chiu W.-H., et al. A preliminary study of uterine scar tissue following cesarean section. *J Perinat Med*. 2018;46(4):379–86. DOI: 10.1515/jpm-2016-0347
- 20 Tyurina A.A., Yashchuk A.G., Dautova L.A., Bikmullina D.I., Zakirova A.I. Features of breastfeeding of women with uterine myoma after cesarean section. *Practical medicine*. 2017;(7):138–42. (in Russ.)
- 21 Kadhel P., Toto T., Janky E. Vaginal cesarean section: heir to, but not legacy of Duhrssen's incision. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(5):1063–7. DOI: 10.1007/s00404-014-3539-3
- 22 Savelyeva G.M., Karaganova E.Ya. Cesarean section. Obstetrics and gynecology: News, Opinions, Training. 2015;(2):53–60. (in Russ.)