

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЕЛЕКЕТТІК  
ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ  
Акушерлік және гинекология кафедрасы**



**Тақырыбы: Оперативті акушерия. Негізгі  
акушерлік операциялар.**

**ОРЫНДАҒАН: АЙНАҚҰЛ Е  
ТОБЫ: 402 «Б» МПД  
ҚАБЫЛДАҒАН: САЛИМБАЕВА Б.Т**

# Жоспар



- 
- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- -Нәрестені бөлшектеп шығару
- -Басты тесу операциясы
- -Бассыздандыру операциясы
- -Бұғананы кесу операциясы
- -Кесар тілігі
- -Операциядан кейінгі кезең
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер
- 
-

# Кіріспе



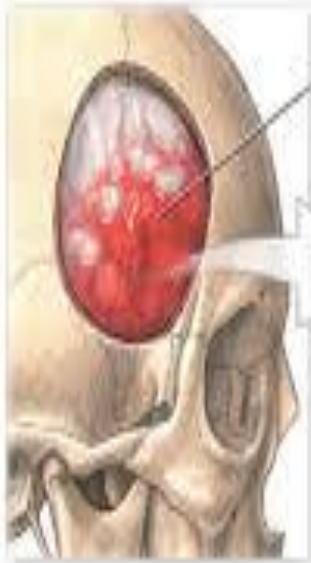
- Жалпы хирургиядағы өзекті сұрақтар оперативті акушерияда да маңызды болып табылады. Операция алды дайындық, операциядан кейінгі күтім және асқынулардың алдын алу шаралары жалпы хирургиялық және акушериялық тәжірибеде жалпы болып келеді.
- 
- **Нәрестені бөлшектеп шығару**
- Бөлшектеп шығару операциясы (эмбриотомия) жатырдағы нәресте өлі болғанда ғана жасалады. Кейде ана өміріне қауып төнгенде тірі нәрестеге де жасауға тура келеді.
- Кейде ана өміріне қауіп тірі нәрестеге жасауға тура келеді.
- Бөлшектеп шығару операциясының түрлері: нәрестенің басын тесу, (краниотомия), бассыздандыру (декапитация), бұғананы кесу, (клейдотомия), кеуде меп іш құрылысын босату (эвисцерация, эвентерация), омыртқаны бөлшектеу (спондилотомия).



- **Басты тесу операциясы**

- Басты тесу операциясының негізгі мақсаты нәрестенің бас көлемін кішірейту. Бұл операция үш тәсілден тұрады: а) басты тесу (перфорация); ә) ми бөлшектерін шығару (эксперебрация), б) басты шығару (краниоклязия).
- **Қажеттілігі:** 1. Бас өлшемі мен жамбас өлшемі сәйкес келгенде.
- 2. Нәресте кемтар болғанда (гидроцефалия).
- 3. Нәресте басы жамбастың кіреберіс жазықтығына дұрыс қондырылмағанда.
- **Шарты:** 1. Жатыр мойнының толық ашылуы .2. Қағанак суының болмауы. 3. Өлі нәресте. 4. Жамбас сүйектерінің тарылуының III, IV дәрежесінің болмауы. 5. Нәресте басының жамбас қуысы жазықтығына қондырылуы. 5. Көмекшінің қатысуы.

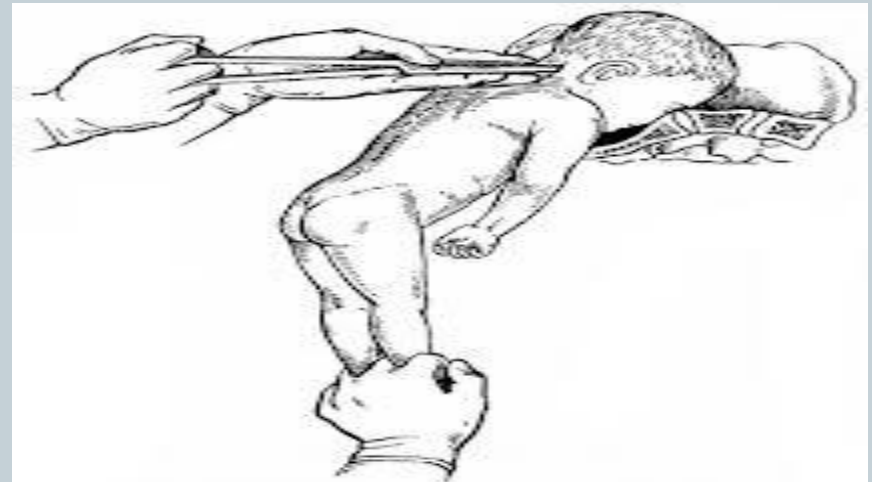
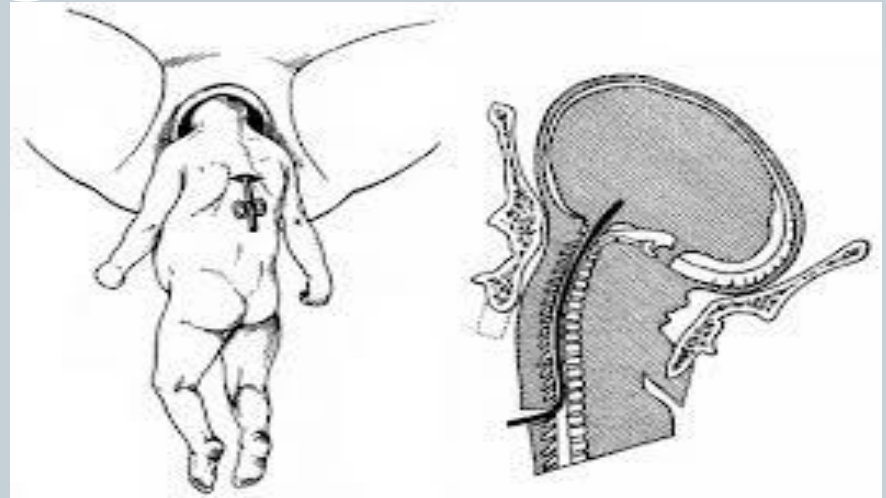
# Краниотомия



Трепанация черепа  
(краниотомия)



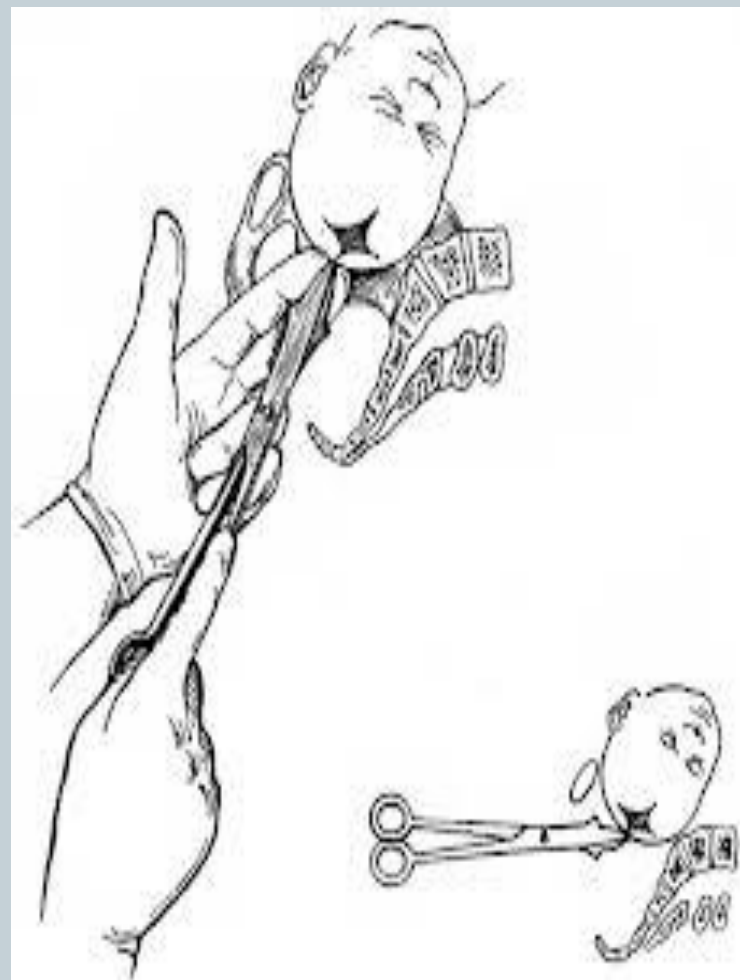
хирургическая операция  
вскрытия черепа для  
лечения  
доброкачественных и  
злокачественных  
опухолей головного мозга





- **Қажетті құралдар:** БЛО тескіші, үлкен қынап айналары, төрт тісті қысқыштар, басты шығаратын құрал (краниокласт) мен кюретка, қайшы.
- **Операцияның тәсілі:** I. Басты тесу. Ол үшін арнайы айналармен қынапты ашыға, төрт тісті қысқышпен бастың құйқасын тартып тұрып, қайшымен 3 см кеседі Құйқа кесілген соң тескішпен бас сүйектерін еңбекпей жік айналасында теседі.
- II. Кюретка арқылы ми бөлшектерін бөлшектеп, оны сыртқа шығарады, сонда бас көлемі кішірейеді.
- III. Басты шығару. Ол үшін краниокласты қолдап алады. Құрал екі тармақтан (бір тармақтың бас жағының ортасы ашық, екіншісі тұтас жабық), ал олардың қосылатын белігі саппен бекіткіштен тұрады Құралдың бірінші тармағын бастың тесігіне, екінші тармақты бет сүйектің тусына орнықтырып, екеуін бекітеді.

- Содан кейін, акушерлік қысқаш салғандай басты шығарып, алады. Бул бас шығаратын құралды жиі колданбайды Өйткені ол жатыр мен кынапты жаракаттауы мумкін. Сондықтан миды шығарған соң, сол тесіктен жан-жағына төрт тісті қысқаштарды салып басты тартыш шығарады.

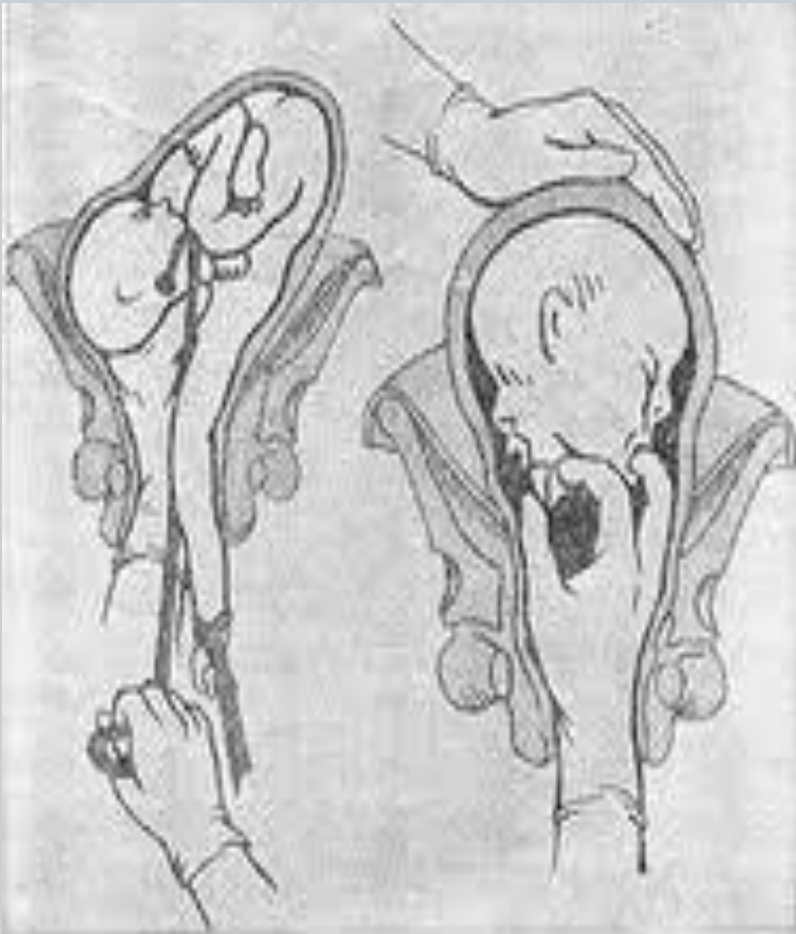




## ● **Бассыздандыру операциясы**

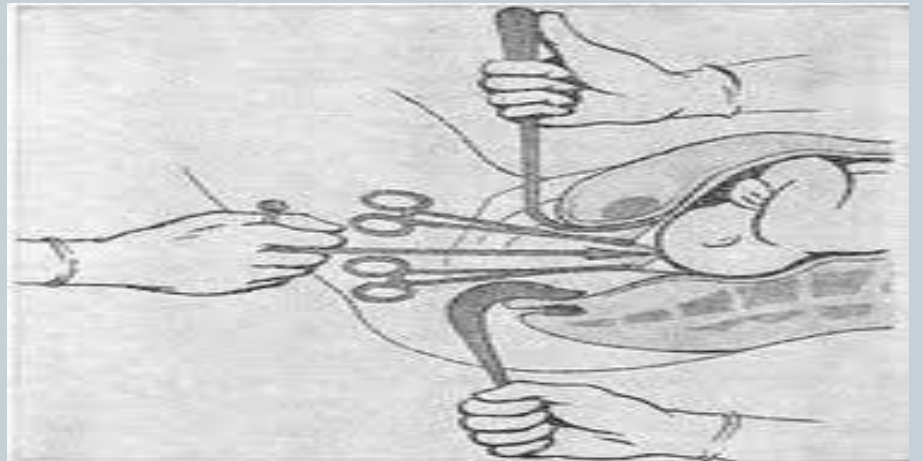
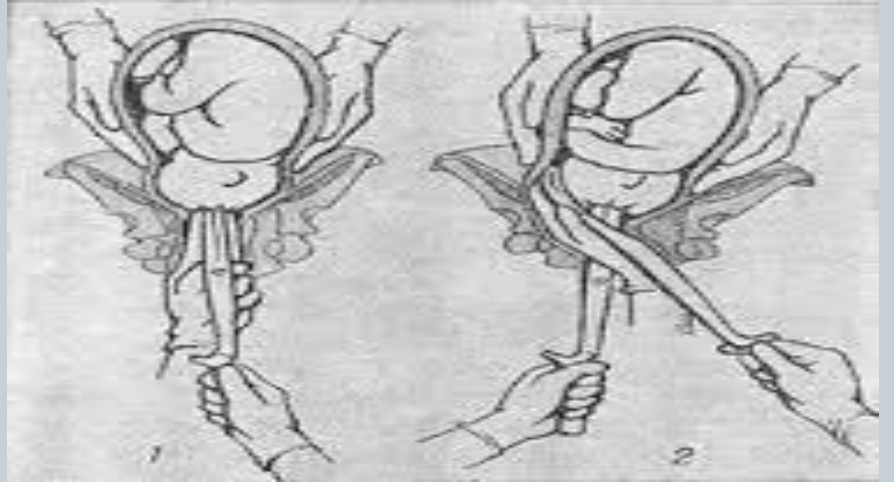
- Бул операция нәрестенің көлденең жатуының асқынуында қолданылады, себебі бұл жағдайда кесар тілігі арқылы әйелді босандыруға болмайды Бассыздандыру операциясын қынап арқылы жасайды.
- Қажеттілігі: нәрестенің көлденең жатуының асқынуы
- Шарты: жатыр мойнының толық ашылуы, қолдың нәресте мойнына жетуі.
- Әйелге жалпы терең наркоз беріледі.
- Қажетті құралдар: 1. Ілгек тәрізді құрал; 2. Ұзын қайшы. 3. Қынап айналары. 4. Төрт тісті қысқыштар.





Puc. 3.

Puc. 4.





- Тәсілі: Егер нәрестенің, қолы қынапта немесе одан шыққан болса, онда оны дәкелі жіпке байлап таңып, бір жағына қарай тартып қою керек. Содан соң қолды қынап арқылы, жатырға енгізіп, нәрестенің мойнын тауып, саусақтармен оны қамтып ұстайды да, ілгек тәрізді құралды саусақтар арқылы нәресте мойнына орналастырады. Ілгек тәрізді құралды сабынан төмен тартып, оңға-солға бұрайды, сол кезде мойын омыртқалары сынып, бір-бірінен ажырайды. Содан соң ілгек тәрізді құралды шығарып, ұзын қайшымен саусақтардың арасында мойынды кеседі. Кесілген соң денесін қолынан тартып шығарады, егер шықпай жатса бұғананы кеседі. Денесі шыққан соң қолмен басын шығарады, ол үшін саусақты нәрестенің аузына тығып тартады.

# Бұғананы кесу операциясы

Бұл операция арқылы иық шеңберін кішірейтеді. Бұғананы кесу, басты кескен соң денесі шықпаса, немесе аса ірі нәрестелердің басы шығып, денесі тұрып қалған-да жасалады.

Ол үшін саусақтармен бұғананы ұстап тұрып, ортасынан қайшымен кеседі. Бір бұғананы кескенде иық шеңбері 2,5—3 см-ге кішірейеді, ал екеуін кессе 5—6 см кішірейеді.

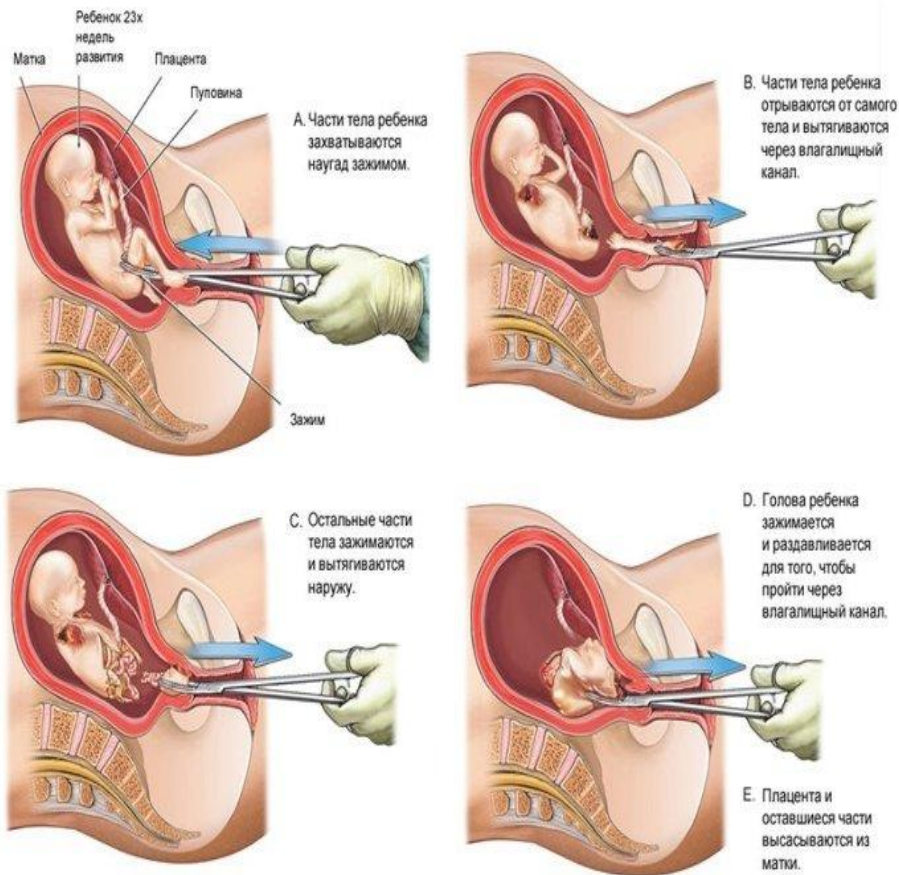




- **Кеуде мен іш құрылысын босату операциялары**
- Бұл операция нәрестенің көлденең жатуының асқы-нуында, бассыздандыру операциясын жасауға жағдай болмағанда қолданады. Бұнда нәрестенің жамбас қуы-сының кіреберіс жазықтышна жақын жатқан белігін тесіп, кеуде мен іш құрылысын бөлшектеп, содан соң де-несі мен басын қолмен шығарады.

# Омыртқаны бөлшектеу операциясы

Аборт 23х недельного ребенка путем расширения матки  
Аборт: Расширение и Удаление на сроке 23 недель беременности



- Бул операцияда кеуде мен іш құрылысышан босатқан соң нәресте денесі шықпаса, омыртқаны қайшымен бөліп, денені біртіндеп шығарады.



- **Эмбриотомия**

- Эмбриотомия-деп, табиғи босану жолдарынан нәрестені бөлшектеп шығару операциясын айтады. Эмбриотомия кезінде нәресте екі бөлікке бөлінеді. Бөлінген бөлікке байланысты декапитация, спондилотомия-тұлғаны бел омыртқа аймағында ажырату, деп ажыратылады. Тұлғаны ажырату кезінде, кей жағдайда көлемін кішірейту мақсатында қуыстарды тазарту жүргізіледі. Бұл операциялар экзентерация, эвентерация немесе эвисцерация деп аталады.

# Көрсеткіштері:



- **Асқынған көлденең орналасу.** Асқынған көлденең орналасуда- нәресте иығы келуші бөлігі болып табылады. Жиі иықтары-қолдармен келіп орналасады. Толғақтар және күшену күшімен келуші бөлігі –иықтары жамбас қуысына енеді, иықпен бірге кеуде мен іші де ене бастайды. Нәтижесінде, қолы иық белдеуіне дейін төмен түсіп, ісіне бастайды. Шекара сақина кіндікке дейін жоғары көтеріледі. Төменгі сегмент қатты созылады. Әйел тынышсызданады, тамыр соғысы жиілейді. Нәресте өледі, жатыр қуысында нәрестенің өліп, ыдырауынан және қоздырғыштардың енуінен газдар жиналады. Ыдырау процесіне байланысты қағанақ суы шіріген иісті, босанушы әйелде интоксикация әсерінен дене қызуы жоғарылайды. Жатыр жыртылуына қауіп туғанда және инфекцияда жедел босандыру керек. Акушерлік бұру дәрігерлік қателік болып есептеледі. Бұндай жағдайларда декапитация немесе спондилотомия көрсеткіш болып табылады.



- **Эмбриотомия жасаудың шарттары:**
- Жамбас тар болмау керек және босану жолының жұмсақ тіндерінің дайын болуы.
- Шынайы коньюгата 6 см болуында босануды жүргізу-тек классикалық кесір тілігі арқылы мүмкін болады. Жатыр ернеуінің ашылуы кем дегенде 3 көлденең саусаққа ашылуы керек. Асқынған көлденең орналасуда жатыр мойнының ашылуы толық болады, бірақ толық ашылмауы кездессе-онда саусақтармен ашу керек немесе радиарлы кесінді жасау керек.
- **Операцияның орындалуы.**
- Операция алдында нәрестенің өлі немесе тірі екендігіне және жатыр жыртылуына тексеру керек. Сондай-ақ декапитация жасау үшін нәресте мойнына дейін жету мүмкіндігіне қарау керек.
-



# Кесар тілігі



- Кесар тілігі — әйелді құрсағы арқылы босандыру, бұл операция кезінде жатырды кесіп, нәресте мен бала жолдасын алады.
- Әйелге жүктілік және босану кезеңдерінде жедел жәрдем көрсету үшін, кесар тілігін акушер-гинекологтармен қатар хирургтар да кеңінен қолданады.
- Ерте кезде кесар тілігін тек өлген әйелге ғана жасаған, бірақ көп мемлекеттерде бұған рұқсат етілмеген (құ-ран бойынша елген ана мен бірге баласы да өлуі керек деген).
- Кесар тілігінің ғылыми даму тарихы тек XVI ғасырдың соңында, XVII ғасырдың басында басталды.
- Г. Г. Гентердің мәліметі бойынша, тірі әйелге тұңғыш рет кесар тілігін Италияда (1540 ж) хирург жасаған.
- Тарихи дәлелденген мәлімет бойынша тұңғыш кесар тілігін тірі әйелге 21 апрельде 1610 ж (бұдан 370 жыл бұрын) Виттенбергте неміс хирургі Траутман жасаған. Әйел операциядан кейін 24-ші күні қайтыс болған, бірақ оның өлімі операцияға байланысты болмаған, баласы тірі қалған. Россияда тұңғыш рет кесар тілігін 1756 ж. Эразмус жасаған.
- XVIII ғасырда да кесар тілігі өте сирек жасалған, себебі көп әйел операциядан кейін қан шығынының артуы мен қанның инфекциялық улануынан қайтыс болған. Тіпті XIX ғасырдың соңына дейін кесар тілігінен кейін ана өлімінің көрсеткіштері өте жоғары болған (80% және одан да жоғары).



XVIII ғасырда да кесар тілігі өте сирек жасалған, себебі көп әйел операциядан кейін қан шығынының артуы мен қанның инфекциялық улануынан қайтыс болған. Тіпті XIX ғасырдың соңына дейін кесар тілігінен кейін ана өлімінің көрсеткіштері өте жоғары болған (80% және одан да жоғары).



- Кесар тілігінің даму тарихының II дәуірі (сатысы) 1876 жылы Рейн тұңғыш рет жатырды алып тастау ұсынғаннан кейін басталды (ананың өлім көрсеткіші 24,8%-ке дейін төмендеді).
- Ал, кесар тілігінің үшінші дәуірі жатыр тігісін енгізуге байланысты. 1881 ж. тұңғыш рет Шмидт кесар тілігінен кейін үш қабат тігіс салу әдісін ұсынды, бұл әдіс операциядан кейінгі асқынулардың төмендеуіне әсер етті.
- Ерте кезде кесар тілігін сезімсіздендіру үшін ішімдік-ті, апиынды қолданған. XIX ғасырдың ортасына дейін кесар тілігі наркозсыз жасалған.
- Тек XIX ғасырдың соңында ғана асептика, антисептика ережелерінің, наркоз жаңа тігіс тәсілдерінің енгізілуіне байланысты кесар тілігінде жана даму сатысы басталды. Бірақ бұл жағдайдарға қарамастан кесар тілігінен кейін ана мен бала елімінің көрсеткіштері әлі жоғары (ана өлімі 0,21—3,9%, ал бала өлімі 1,9—11,8%). Соңғы 10 жыл аралығында кесар тілігінің қолдану кеңейді, әсіресе нәресте жағынан қажеттілік көрсеткіштері есті.



- Қазіргі акушерлік салада кесар тілігі ең жиі қолданылатын, операцияның бірі, оның жиілігі әртүрлі. М. С. Малиновскийдің мағлұматтары бойынша (1974) 0,5—3%, В. И. Кулаков (1973) — 0,58—6,87%. Ал Алма-тыдағы № 1 перзентхананың көрсеткіші бойынша кесар тілігінің жиілігі 1973-77ж аралығында 2,08%. 1992 ж. 7,5%, орта есеппен соңғы 10 жылдағы кесар тілігінің жиілігі 2—16,9% аралығында, шетел ғалымдарының көрсеткіші бойынша 15—16%. Кесар тілігін қолдану жиілігі біріншіден акушерлік асқынудың түрлеріне, босанудың жолдарына, дәрігерлердің білім дәрежесінс байланысты.
- Кесар тілігінің жиілігі, оның қажеттілігімен тығыз байланысты. Қажеттілігін тұрақты және тұрақсыз деп екіге бөледі. Қептеген жылдар бойы кесар тілігін тек тұрақты қажеттілік бойынша жасап келді. Тұрақты қажеттілік кезінде, жүктілік мерзімі жеткен әйел босану жолдары арқылы езі босана алмайды.



- **Тұрақты қажеттіліктері:** Жамбас қуысының анатомиялық тарлығының III, IV дәрежелері және II дәрежеде, нәресте салмағынын, ірілігі; бала жолдасының толық төмен жатуы; қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі; жатырдың жыртылу қаупі және оның басталуы; бала жолдасының жартылай төмен жатуында қан шығынының артуы; нәрестенің туына кедергі болатын кіші жамбас қуысындағы жыныс ағзаларының ісіктері; бұрынғы кесар тілігнен кейінгі тыртықтың мардымсыздығы (әлсіздігі) гестоздың ауыр түрлері; қынаппен жатыр мойнының тарылуы; қынаптың вена тамырынын. кеңеюі; миопияның жоғары дәрежесі; нәресте басының маңдайымен қондырылуы; нәрестенің жатырда көлденен жатуы; жатыр мойнының катерлі ісігі.



- **Тұрақсыз қажеттіліктері.** Жүктілік мерзімі жеткен әйелдің өз бетімен босануы мүмкін, бірақ ана мен бала өміріне туатын қауіп-қатер жоғары болады.
- Олар: жамбас қуысының клиникалық тарлығы; тар жамбас қуысының клиникалық тарлығы; тар жамбас қуысының 1—2 дәрежесі; толғақтың әлсіздігі; нәресте елдер, нәресте салмағының ірілігі, оның құйрығымен келуі; бала кіндігінің қынапқа түсуі; нәрестенің гипоксиясы мен асфиксиясы; көп жылдар бедеулікте болған әйелдер; ұзаққа созылған жүктіліктің акушерлік асқынуымен қабат келуі; гестоздың жеңіл, орташа түрлері; жыныс мүшелерінен тыс қатерлі ісік; нәрестенің жатырда қиғаш жатуы; жатыр мойнының тыртықты өзгерістері.
- Тұрақты және тұрақсыз қажеттіліктер аралығына шекара қою өте қиын.



- Кесар тілігінің шарттары: Бұл операцияның шарттарын М. С. Малиновский хирургиялық және акушерлік деп екіге бөлген. Хирургиялық шарттардың бірі — операцияны жоғарғы дәрежелі маман дәрігер, жаңа техника құралдарымен жабдықталған операциялық бөлмеде жасау керек.
- Акушерлік шарттар:—1. Әйелдің дене ыстығы қалыпты болу керек. 2. Қағанақ жарылмаған, егер қағанақ суы мезгілсіз кеткен жағдайда сусыз уақыттың ұзақтығы 12 сағаттан аспауы керек. 3. Тірі нәресте (бұл иіарт ана өміріне қауіп туғанда ескерілмейді — плацента мезгілсіз белінгенде). 4. Әйелдің операцияға келісімі.
- Сезімсіздендіру. Соңғы жылдары анестезиология ғылымының жетістіктеріне байланысты кесар тілігінде негізгі қолданатын ауырсыздандыру тәсілі эндотрахеалды миорелаксантаармен біріккен наркоз. Кейбір жағдайларда жергілікті сезімсіздендіру тәсілін қолданады.
- Сезімсіздендіру премедикациядан басталады — бір сағат бұрын операция алдында 1 мл 0,1%-тік атропинді, 1 мл 2%-тік промедолды тері астына жібереді, осыдан кейін наркоз береді. Наркоздың басы мен жатырдан нәрестені шығарып алу аралығы 7—10 минуттан аспауы керек.



- **Қесар тілігінің тәсілдері**
- Қесар тілігі жүктілік немесе босану кезеңдерінде де жедел немесе жоспарлы түрде жасалады.
- 1. Қесар тілігі жоспарлы түрде жасалса әйелге кешкісін душ алдырып, ішін тазартады, түнде дұрыс ұйықтау үшін сабырлық (успокаивающие) дәрілерін береді. Таңертең операциядан екі сағат бұрын әйелдің ішегін
- қайталап тазалап, премедикация алдында қуықтағы зәрді түтікшемен шығарады.
- 2. Қесар тілігі жедел жасалса — операция алдында ішекті, асқазанды тазартып, премедикация жасап, қуықты зәрден босатады.
- Қесар тілігінің тәсілдері екі түрге бөлінеді: интраперитониалды және экстраперитониалды. Қазір дүние жүзі бойынша интаперитониалды түрін (жатырдың төменгі бөлігін көлденең тілу) жиі қолданады.



- Бұл операция 4 сатыдан тұрады. Алдымен құрсақ терісін кеседі, теріні кесудің екі түрі бар: кіндік пен шат арасын тік кесу; шаттан 3 см жоғары көлденең кесу.
- Біріншісінде теріні кескен соң, басқа қабаттарды (шел, шандыр, құрсақ еттері және ішкі сірілік пердені) біртіндеп кеседі, шандыр мойынағаш тәрізді кесіледі. Содан соң оны көтеріңкіреп, құрсақ еттерінен кіндікке дейін ажыратады. Құрсақ еттері мен ішкі сірілік перде керісінше тік кесіледі. Ішкі сірілік пердені ашқаннан кейін, жатырды екі жағынан сулы дәкемен орайды.
- Қуық-жатыр қатпарын ашады, оны төмсірек түсіріп, содан соң жатырдың төменгі сегментін көлденең 2 см-ге тіледі.
- Саусақтармен тілікті (10—12 см-ге дейін) ұлғайтып, жатыр қуысын ашады.
- Қағанак суын жарып, нәресте баспепи жатса оны жатыр сырғына шығарып, қолтығынан тартып туғызады. Егер нәресте құйрық жағымен жатқан болса, оны Ілабынан, ал аяғымен жатса аяғынан ұстап тартып туғызады. Осыдан кейін бірден жатырдың жиырылуын жоғарлату, қан шығынын азайту үшін жатыр етіне метил-эргометринді немесе окситоцинді жібереді, тез арада кіндіктен ұстап жайлан тартып, бала жолдасын жатырдан шығарып алады, жатыр қуысын қолмен тексеріп тазартады. Бірден жатыр тілігінің бұрыштарына мықтап жіп салады. Егер жатыр мойын өзекшесі ашық болмаса Гегар кеңейткіштерімен кеңейтеді. Содан соң жатыр тілігін біртіндеп екіқабаттап тігеді (Ельцов Стрелков тәсілі). Ең ішкі шырышты қабатты тіккенде жіпті жатыр қуысына қарай байлайды, ине жатыр қуысы жағынан кіріп, сол жатыр қуысымен шығады. Екінші қабатта тігіс жатыр сыртында болады. Содан соң қуық жатыр қатпарымен тіліктің, үстін жапсыра тігеді.



- Операция бітісімен құрсақ үстіне 2 сағатқа мұз қояды, 6—8 сағаттан кейін әйелге төсекте бұрылуға болады. Бірінші тәулікте тыныс алу жаттығулары, қимыл әрекеттері, төсекте отыру рұқсат етіледі. Тамақтану тәртібі сорпа, кисел, минералды су.
- Екінші тәулікте тұруға болады. Алғашқы екі тәулікте инфузиялық емдер кеңінен жүргізіледі. Қанға 1—1,5 литр сұйық дәрілерді құяды (полиглюкин, гемодез т. б.). Сонымен бірге инфекцияға қарсы және сезімсіздендіретін дәрілерді кеңінен қолданады.
- Ең негізгісі ішек қызметін жақсарту үшін 40 мл 10%-тік натрий хлориді ерітіндісін венаға, 1 мл 0,05% прозеринді тәулігіне екі рет тері астына жібереді. Үшінші тәулікте әйелге жүруге болады, тамақтану тәртібі — № 1.
- Жатырдың жиырылуын жақсарту үшін, окситоцин, питуитрин, метилэргометринді көкетке тәулігіне екі рет рет салады. Егер әйел үшінші-төртінші тәулікте өз бетінше үлкен дәретке отырмаса тазарту клизмасын жасайды.
- Төртінші тәуліктен бастап жалпыға ортақ тамаққа кәшеді. Егер ана мен баланың жағдайы жақсы болса 2—3 күндері сәбиді емізуге болады, 7—8 күндері операциядан кейінгі тігісті алады. Ал 9—10 күндері қынаптық тексеруді жүргізіп, қанның, зәрдің құрамын қайта тек-середі. 11 —12 күн өткен соң үйіне шығаруға болады.



- **Кесар тілігінен кейінгі асқынулар**
- Бұл операциядан кейінгі негізгі асқынулар — қан шығының артуы, септикалық инфекция аурулары (жатыр-дың қабынып, асқынуы). Кесар тілігінен кейінгі асқыну-лардың жалпы жиілігі 25% аралығында.
- Ең ауыр асқыну — кесар тілігінен кейінгі іш перденің қабынуы.
- Кесар тілігінен кейінгі асқынулардың алдын алу
- Әйелдер кеңес орнында ананы ішкі инфекциялық ауру ошақтарынан тазарту (тіс, бүйрек ауруы).
- Кесар тілігінен кейін тігісті дұрыс салу.
- Операциядан кейінгі кезеңді дұрыс жүргізу.



- **«Қуыстық» қысқашты салу тәсілі**
- «Қуыстық қысқашты нәресте басы жамбас қуысында, Іебе жігі қышғащ (оң не сол) өлшемде орналасады. Нәресте басы жамбас қуысының жазықтығында болғандықтан «қуыстық» қысқашты салу тәсілі «шығар» қысқашты салуға қарағанда әлде қайда күрделі. «Қуыстық» қысқашты салу тәсілі «шығар» қысқашты салу тәсіліндей бес сатыдан тұрады. «Қуыстық» қысқашты салуда жо-карыда айтылған «үштік» ережені толық бұлжытпай орындау керек. Маңызды шарттың бірі — төбе жігі қай қыйғашта екенін қынаптық зерттеу арқылы анықтау.



# ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:



- 1. Абраменко В.В.,Ланцев Е.А.Кесарево сечение в перинатальной медицине. М.,1985 г.
- 2. Давыдов С.Н. Место операций кесарево сечения в снижении перинатальной смертности, М.,1979 г.,с.17-18.
- 3. Ельцов-Стрелков В.И.,Голдина А.Н. К вопросу о технике кесарева сечения, М.,1979 г.
- 4. Кулаков В.И.,Прошина И.В.Кесарево сечение.Экстренное родоразрешение
- 5. Кулаков В.И.,Чернуха Е.А.,Комиссарова Л.М.,Бабичева Т.В.,Филоннов С.М.Результаты кесарево сечения в зависимости от методики положения шва на матку и шовного материала, Акушерство и гинекология, М.,1997 г.
- 6. Персианинов А.С.,Расстригин Н.Н.,Кесарево сечение.Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии