



**А.Н. Рымашевский¹, Ю.Л. Набока², М.В. Потапова³, Е.Д. Слюсарева⁴,
Р.С. Геворкян⁵, А.В. Кадетов³, Н.А. Красникова⁴**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

*¹Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1*

²кафедра микробиологии и вирусологии №1

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: kadetov@yandex.ru

³МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко», акушерское отделение.

Россия, 344002, г. Ростов-на-Дону, пер. Ворошиловский, 105.

⁴МБУЗ «Родильный дом №5»

Россия, 344004, г. Ростов-на-Дону, ул. Мадояна, 32.

⁵МБУЗ «Городская поликлиника №42»

Россия, 344103, г. Ростов-на-Дону, ул. Еременко, 33 «а».

В обзоре рассматривается значимость кесарева сечения в снижении перинатальных потерь, отражаются проблемы, связанные с увеличением частоты абдоминального родоразрешения, акцентируются гнойно-септические осложнения, анализируются факторы риска развития инфекционно-воспалительного процесса в послеоперационном периоде, рассматриваются преимущества и недостатки современных способов профилактики их возникновения.

Ключевые слова: кесарево сечение, гнойно-септические осложнения, антибиотикопрофилактика.

**A.N. Rymashevsky¹, J.L. Naboka², M.V. Potapova³, E.D. Slyusareva⁴,
R.S. Gevorkyan⁵, A.V. Kadetov³, N.A. Krasnikova⁴**

CONTEMPORARY PROBLEMS OF ABDOMINAL DELIVERY

¹Rostov State Medical University.

*²Chair of obstetrics and gynaecology №1,
Microbiology and Virology Department*

29 Nakhichevansky lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: kadetov@yandex.ru

*³The Municipal budgetary institution of the public health Town hospital №1
name N.A. Semashko, Obstetric Branch*

105 fatted. Voroshilovskiy, Rostov-on-Don, 344002, Russia.

*⁴The municipal budgetary institution of the public health «Puerperal house 5»
32, Madoyana str., Rostov-on-Don, 344004, Russia.*

*⁵The municipal budgetary institution of the public health «Town polyclinic 42»
33 «а», Eremenko str., Rostov-on-Don, 344103, Russia.*

The review examined Cesarean section significance in decrease of perinatal mortality, the problems associated with the increase of abdominal delivery are reflected, purulent-septic complications are accented, risk factors of infection-inflammatory process development in post operational period are analysed, the advantages and disadvantages of contemporary preventive methods of their origin are considered.

Key words: Cesarean section, purulent-septic complications, antibiotic prophylaxis.



Первоочередной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Достоверным механизмом снижения перинатальных потерь является кесарево сечение. В зависимости от уровня акушерского стационара частота абдоминального родоразрешения колеблется от 3% до 42% [1, 2, 3].

Роль кесарева сечения на современном этапе

Однако рост количества операций кесарева сечения привел к возникновению новых проблем, важнейшей из которых стало увеличение частоты гнойно-септических осложнений. Перенесенный в послеродовом периоде воспалительный процесс органов малого таза неблагоприятно отражается на репродуктивном здоровье женщины, приводя к бесплодию, привычному невынашиванию, нарушению менструального цикла и пр.

Частота развития воспалительных осложнений после абдоминального родоразрешения колеблется от 20 до 75% [4,5,6]. В структуре причин материнской смертности на долю гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения приходится 13-15% [7,8]. По данным мировой статистики от септических акушерских осложнений ежегодно гибнет приблизительно 150 тысяч женщин.

Несмотря на многочисленные усилия специалистов, на протяжении последних лет высокая частота гнойно-септических осложнений не имеет тенденции к снижению.

Характерной чертой послеродовых гнойно-септических заболеваний является их полимикробная этиология. За последнее десятилетие изменился видовой спектр возбудителей послеродовых гнойно-септических заболеваний. Наряду с лидирующей этиологической позицией грамотрицательных бактерий увеличивается значением грамположительной флоры. Если раньше основным этиологическим фактором по праву считалась кишечная палочка, реже – синегнойная палочка или протей, то сейчас ведущая роль принадлежит энтерококкам (до 65% всех случаев послеродовых гнойно-септических заболеваний). Кроме того, возросла значимость неблагоприятного воздействия возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. Например, хламидии вызывают вялотекущие формы эндометритов, нередко присоединяясь к первичным возбудителям инфекции [9, 10].

Отсутствие монолидера инфекционного процесса заставляет акушера-гинеколога и клинического фармаколога использовать многокомпонентные схемы антибактериальной терапии, что увеличивает объем финансовых затрат на осуществление лечебно-профилактической помощи пациентке.

В структуре послеоперационных гнойно-септических заболеваний одно из ведущих мест занимает послеродовый эндометрит, встречающийся по данным разных авторов в 30–57% случаев [9, 11,12,13]. После абдоминального родоразрешения эндометрит развивается в 5–10 раз чаще по сравнению с родами через естественные родовые пути [10,14,15].

Сепсис и септические послеродовые осложнения до сих пор остаются в числе трех наиболее частых причин материнской смертности в РФ, составляя 26% в ее структуре. Клиническое течение заболевания зачастую име-

ет стертую манифестацию за счет исходного изменения иммунного статуса роженицы, сниженной реактивности и нарушения адаптивных реакций. Такой характер течения осложнения затрудняет своевременную диагностику и, соответственно, оказание качественной медицинской помощи [16,17].

Поэтому поиск эффективных способов прогнозирования возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений является крайне востребованным в настоящее время.

Способы прогнозирования гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

Значительным резервом снижения частоты инфекционно-воспалительных послеродовых заболеваний является оптимизация тактики ведения беременности и родов с учетом степени перинатального риска [18].

Работы, посвященные прогнозированию развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, малочисленны и в основном направлены на выделение групп риска и выявление изменений отдельных показателей гомеостаза организма беременных женщин [14, 19-23]. Мы проанализировали ряд публикаций, посвященных вышеуказанной проблеме.

По данным Кадыровой Ф.К. и соавт. [19] к основным факторам развития послеоперационных воспалительных заболеваний после абдоминального родоразрешения относят: хронические воспалительные заболевания, патологию шейки матки, высокую частоту самопроизвольных, искусственных аборт и бесплодия в анамнезе, анемию различной степени, осложнения беременности - многоводие, эклампсия, преждевременное излитие околоплодных вод и интраоперационные факторы – продолжительность операции более 60 минут и общую кровопотерю более 500 мл. Эти данные сопоставимы с результатами научного анализа других авторов.

Галимов А.И. [24] к факторам риска инфекционно-воспалительных осложнений после экстренного кесарева сечения относит нарушения кишечного и влагалищного микробиоценоза, другие инфекции нижнего отдела полового тракта (вульвовагинальный кандидоз, хламидиоз, микст-инфекции и другие). Способствующими факторами являются – железодефицитная анемия, аномалии излития околоплодных вод, хронические инфекционные заболевания почек, желудочно-кишечного тракта.

Многочисленные исследования подтверждают, что наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза увеличивает риск развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. Это обусловлено активацией патологического процесса в малом тазу и регионарных лимфатических узлах и снижением резистентности матки и половых путей на фоне родовой травмы [25,26].

Согласно данным А.Н. Рымашевского неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания (пиелонефрит), длительно персистируя в урогенитальной системе женщины, а чаще дебутируя во время беременности, на фоне сниженной иммунорезистентности и уменьшения запаса гликогена в слизистой влагалища, обуславливают глубокие дисбиотические процессы (бактериальный вагиноз – 37%, кольпит – 17%). При этом важным обстоятельством является отсутствие единого представления о норме биоценоза влагалища, в то время как степени чистоты уже не применимы! Тем не менее



очевидно, что наличие дисбиозов влагалища у беременных представляет реальную опасность, как для матери, так и для плода, способствуя осложненному течению гестационного процесса, родов и послеродового периода. Таким образом, наличие пиелонефрита при беременности является фактором риска развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. [27].

Исследования Репиной М.А. и соавт. показали, что по мере нарастания тяжести железодефицитной анемии усугубляются нарушения микроциркуляторного звена, что способствует возникновению гнойно-септических осложнений [28].

При сочетанном воздействии гестоза и инфекционно-воспалительных процессов нижних отделов генитального тракта, условно-патогенная микрофлора биотопа влагалища принимает участие в развитии воспалительных процессов в плаценте, пуповине и амниотических оболочках, способствуя неблагоприятным исходам беременности для матери и плода [29].

Существовавшие исходно у женщины как бактериальные, так и вирусные заболевания, а также их сочетания в период беременности часто приводят к инфекционному поражению последа, осложненному течению послеродового периода. [30]

Результаты работы Н.В. Хоменко [31] свидетельствуют, что кесарево сечение, выполненное по экстренным показаниям, увеличивает риск развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Инфекционные осложнения приводят к увеличению длительности пребывания пациентки в лечебно-профилактическом учреждении. Длительное пребывание в стационаре в свою очередь повышает риск развития гнойно-септических осложнений, вызванных госпитальными штаммами условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Таким образом, формируется порочный круг: инфекция → стационар → госпитальная инфекция → стационар [32].

По материалам Центрального НИИ эпидемиологии МЗ России, в структуре официально зарегистрированной заболеваемости 36% случаев приходится на внутрибольничные инфекции в акушерских стационарах [33]

Сам факт выполнения кесарева сечения: находящиеся в полости матки сгустки крови, остатки децидуальной ткани, а также локальные изменения, связанные с травматизацией мышцы матки во время хирургического вмешательства (отек, ишемия тканей, наличие микрогематом в области шва, большое количество инородного шовного материала) являются предрасполагающими факторами для осложнений и создают благоприятную среду для размножения в матке облигатно-анаэробных микроорганизмов [34].

Еще один важный момент – экстренность выполнения кесарева сечения. Отсутствие времени на обследование и нормализацию микробиоценоза генитального тракта беременных женщин зачастую приводит к осложнениям в интра- и послеоперационном периодах, в частности к инфекционно-воспалительным, частота которых в 23 раза превышает таковую при плановых операциях и колеблется от 15,9 до 72,6%. Поэтому экстренное кесарево сечение заслуживает большого внимания как фактор повышенного риска послеоперационных инфекционных осложнений. В этом аспекте уменьшение числа экстренных кесаревых сечений и эффективная профилактика инфекционных осложнений в послеоперационном

периоде представляют проблему первостепенной важности [11, 24].

Все вышеуказанное определяет необходимость осуществления медико-организационных, социально-гигиенических и экономических мероприятий по снижению и профилактике возникновения гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения.

Современные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения

Большое значение в качестве мер профилактики послеоперационных гнойных осложнений и в формировании полноценного рубца на матке имеет техника наложения шва на матку, качество шовного материала [35].

Инфекционный процесс – это результат взаимодействия трех факторов: наличия возбудителя, состояния первичного очага поражения и сопротивляемости организма. На этом принципе основана современная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения. Она включает ряд мероприятий: воздействие на патогенного микробного агента, нормализацию микробиоценоза родовых путей, стимуляцию иммунной системы. Кроме того, важное значение имеет терапия, направленная на улучшение сократительной активности матки [10,11,36].

Антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений является базовым методом. Согласно результатам, полученным В.А. Ананьевым [37], появление в последние годы нового поколения антибиотиков широкого спектра действия позволяет осуществить профилактику и эффективное лечение тяжелых послеоперационных инфекционных осложнений.

В качестве дополнительных неспецифических профилактических мероприятий в последнее время в акушерскую практику внедряются озонотерапия, магнитно-лазерная терапия, рефлексотерапия [38, 39, 40].

Так, например, по данным Мурадовой В.С. [40] применение сочетанной магнито-инфракрасной-свето-лазерной и озонотерапии является эффективным в комплексном лечении эндометрита после кесарева сечения, что позволяет добиться снижения тяжелых осложнений в 2 раза, уменьшения сроков пребывания родильниц в стационаре (в среднем на 3 дня), сокращения количества применяемых антибактериальных препаратов и инфузионных сред, что имеет значительный экономический эффект.

Однако следует отметить, что несмотря на достаточно большое количество предлагаемых неспецифических способов профилактики развития гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении основным методом является применение антибактериальных препаратов.

Нерешенные проблемы антибиотикопрофилактики после абдоминального родоразрешения

При назначении лекарственных средств пациентке специалист всегда соотносит пользу от применения препарата с риском развития побочных эффектов и нежелательных реакций. Использование антибактериальных препаратов, особенно с профилактической целью, является одной из самых дискуссионных проблем.



Одни исследователи полагают, что антибиотико-профилактика должна проводиться всем пациенткам, родоразрешенным путем кесарева сечения. В работе Рыжкова С.В. в качестве эффективного и экономичного способа профилактики инфекционных осложнений обосновано однократное введение максимальной суточной дозы антибиотика во время операции [41].

Однако большинство авторов считают тотальную антибиотикопрофилактику необоснованной и рекомендуют применять ее только у пациенток, имеющих факторы риска развития инфекции. Объясняется это возможными побочными действиями антибиотиков: анафилактические реакции, подавление иммунологической реактивности, замедление репаративных процессов, нарушение нормального микробиоценоза организма, формирование резистентных штаммов микрофлоры. Во многих публикациях подчеркивается, что применение анти-

биотиков при плановых операциях и низком риске инфекционных осложнений отнюдь не предупреждает их развития, не уменьшает длительности госпитализации, а способствует стертому течению гнойно-воспалительных заболеваний, утяжеляет последующее течение эндометрита [4, 5, 10, 13, 17, 22, 33, 36, 42].

Подводя итог вышесказанному следует отметить, что в настоящее время сохраняется высокая частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения, в научной литературе имеется недостаточное количество достоверных сведений о способах прогнозирования, ранней диагностике и профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, доступных для акушерского стационара любого уровня, что требует дальнейшего научного поиска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Болвачева Е.В., Щербакова О.Л. Вопросы сохранения репродуктивной функции женщин после кесарева сечения. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2007. - Т. LVI. - №2. - С. 38-43.
2. Серов, В.Н. Кесарево сечение в системе перинатального акушерства. // Русский медицинский журнал: РМЖ. — 2004. — Т. 12, № 1. — С. 3-5.
3. Ипполитова Л.И., Туровский Я.А. Особенности ранней адаптации и вскармливания детей, извлеченных кесаревым сечением. // Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - Т. XVI, № 3. - С. 50-52.
4. Шляпников М.Е., Линева О.И., Федорина Т.А., Давыдкин Н.Ф., Белоконов В.И., Жестков А.В., Бренерова О.В., Арутюнян К.Н., Сетоян М.А., Решетникова В.П., Меркулова В.И., Герасимова Е.Е., Кривошеева Г.Н. Послеродовой эндометрит: этиология, патогенез, диагностика и лечение. // Самарский медицинский журнал. - 2008. - Т.41, № 1. - С.34-42.
5. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д., Иоцефсон С.А. Использование ронколейкина при эндометрите после кесарева сечения. // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». М., 2004. - С.16-17.
6. Barbut F, Carbone B., Truchot F, et al. Surgical site infections after cesarean section : results of five-year prospective surveillance. // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004. - 33(6). - P.487-96.
7. Хасанов А.А., Валеев Р.А. Влияние кесарева сечения на репродуктивную функцию женщин и потомство. // Казанский медицинский журнал. - 2005. - Т.86, №5. - С.404-405.
8. Филиппов, О. С., Хоменко, Н. В. Особенности структуры гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения. // Ежеквартальный медицинский журнал «Первая Краевая», Красноярск, 2004.- №22. - С. 50-51.
9. Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А., Данелян С.Ж. Эндометрит и раневая инфекция у рожениц. Проблемы и пути их решения. // Акушерство и гинекология. - 2004. - №5.- С 3—5.
10. Горин В.С., Серов В.Н., Бирюкова Л.А., Степанов В.В. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №1. - С.21-28.
11. Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Инфекционные осложнения операции кесарева сечения. Современные принципы диагностики и лечебной тактики. // Материалы IX Российского форума «Мать и дитя». М., 2007. - С.17-18.
12. Горин В.С., Матвеева И.В., Шаклеин А.В., Попова Ж.Ю., Кугушев А.В. Оптимизация диагностики и лечения субинволюции матки как одной из форм послеродового эндометрита. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - №3. - С.27-34.
13. Faro S. Postpartum endometritis. // Clin. Perinatol. - 2005. - 32(3). - P. 803-814.
14. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. // М. - 2004. - С.320.
15. Su G.D., Gong S.P., Yu Y.H. et al. Intraoperative and postoperative risk factors for surgical site infection following cesarean section. // Am J. Obstet. Gynec. - 2008. - 201: 1.- P. 322-328.
16. Герасимович Г. И. Сепсис и инфекционно-токсический шок в акушерстве. // Охрана материнства и детства. Витебск, 2003. - №2. - С. 17-24.
17. Soper D., Kemmer C., Conover W. Abbreviated Antibiotic Therapy for the Treatment of Postpartum Endometritis. // Obstet. Gynecol. 2007. - Vol. 69, №1. - P. 127-130.
18. Мамедова М.А., Сармосян М.А., Ордиянц И.М., Костин И.Н. Роль интранатального прироста факторов риска в прогнозировании исхода родов. // Журн. Вестник Российского университета дружбы народов. - М., 2008. - №5.- С.34-40.
19. Кадырова Ф.К., Нарзуллаева Е.Н., Талбова Н.С. Аутоплазмотрансфузия при комплексном подходе к профилактике послеоперационных осложнений. // Материалы IX Российского форума «Мать и дитя». М., 2005. -С. 86-87.
20. Капустина И.В., Николаева Н.И. Профилактика осложнений после кесарева сечения. // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М., 2005. - С. 92-93
21. Лунева И.С., Попов Н.М., Овсянникова Е.А. Комплексная профилактика осложнений при операции кесарево. // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». М., 2006. - С. 141-142.
22. Лысенко К.А., Щетинина Н.С., Тютюнник В.Л. Оптимизация профилактики эндометрита после кесарева сечения. // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2006. - С. 142.
23. Остроменский В.В., Абашин В.Г., Долгов Г.В. Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения. // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - СПб, 2008. - №4 (24). - С. 76-79.
24. Галимов А.И. Инфекционно-воспалительные осложнения после экстренного кесарева сечения и принципы их профилактики. // Медицинский вестник Башкортостана, 2010. — № 3. - С. 48-50.
25. Салехов С.А., Утешев Т.А., Ким В.В. Профилактика осложнений после родов у женщин ранее перенесших хламидийную инфекцию половых органов. // Метод, рекомендации. - Великий Новгород, 2004. - 14с.
26. Sanders B. Uterine factors and infertility. // J. Reprod. Med. 2006. - Vol. 51, № 3. - P. 169 - 176.
27. Рымашевский А.Н., Апресян С.В., Сакварелидзе Н., Оленева М.А., Бондаренко К.В. Особенности перинатальных исходов при хронических инфекциях у матерей. // Вестник РУДН. - 2003 - №4(23). С.188-190.



28. Репина М.А. Сепсис: размышления в связи с материнской смертностью. // Журн. акушерства и жен. болезней. - 2005. - Т. LIV, № 3. - С. 74-82.
29. Фильченко А.С. и соавт. Морфофункциональное состояние плацент при позднем гестозе и внутриутробном инфицировании. // Пренатальная диагностика и беременность высокого риска. Материалы пленумов Российской ассоциации акушеров-гинекологов, проблемной комиссии «Физиология и патология беременности и родов» межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН, МЗ РФ и научно-практической конференции акушеров-гинекологов Южного федерального округа. – Ростов-на-Дону, 2003. – С.160 - 162.
30. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л.// Плацентарная недостаточность и инфекция. – М., 2004. – 494 с.
31. Филиппов О. С., Хоменко Н. В. Пути оптимизации лечебной тактики при послеродовых гнойно-септических осложнениях // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. Красноярск, 2004. - №11. -С. 242-249.
32. Тец В.В. // Клиническая микробиология. Микроорганизмы и антибиотики. Нозокомиальные инфекции. СПб: Кле-Т, 2007. - 132 с.
33. Самикова В.Н., Цокова Т.Н., Козлов Л.Б. Анализ формирования антибиотикорезистентных штаммов по данным бактериологической лаборатории многопрофильной клинической ТГМА. // Международный симпозиум «Молекулярные механизмы регуляции функции клетки». Тюмень, 2005. – С. 277-279.
34. Duff P. Pathophysiology and Management of Postcesarean Endometritis. // *Obstet. Gynecol.* 2006. - Vol. 67, №2. - P. 269-278.
35. Заплата В.С., Гребенкин Б. Е., Беда Ю. В., Устюжанина Н. В. Возможности технической оптимизации кесарева сечения в улучшении перинатальных исходов. // Проблемы репродуктивного здоровья и безопасного материнства Пермский медицинский журнал. - 2007 -Т 24, №1-2 – С. 208-212.
36. Chelmow D., Hennesy M., Evantash E.G. Prophylactic antibiotics for nonlaboring patients with intact membranes undergoing cesarean delivery: an economic analysis. // *Am J Obstet Gynec.* - 2004. - Vol. 91, №5. - P. 1661—1665.
37. Ананьев В.А., Чернуха Е.А. Возможные осложнения, трудности и ошибки при выполнении кесарева сечения. // *Акушерство и гинекология /М, 2003. -№3.-С.61-63.*
38. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д., Дашкевич О.Ю. Профилактика эндометрита после кесарева сечения методом эндоскопического лазерного облучения. // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М.,2005. – С.17-18.
39. Жаркин Н.А., Антонов Ю.В., Кен-Амоа С. Возможности вагинальной рефлексотерапии в комплексной профилактике и лечении эндометритов после операции кесарева сечения. // *Сибирский медицинский журнал.* - 2007. - Т. 22, № 2. - С. 40-43.
40. Мурадова В.С. «Оценка эффективности лечения послеродового эндометрита у родильниц после кесарева сечения с применением магнитно-ИК-свето-лазерного излучения и медицинского озона по данным ультразвуковой гистерометрии». // *Медицинские науки.* - М, 2010. - №2. - С. 25-32.
41. Рыжков С.В., Бичуль О.К., Орлов В.И. Определение эффективности интраоперационной антибиотикопрофилактики после операции кесарева сечения. // *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: Сб. научных материалов / Российская ассоциация акушеров-гинекологов.- Волгоград, 2003.- Т.1, №1.- С. 79-80.*
42. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. // *Санкт-Петербург: СпецЛит, 2005. - 459с.*

ПОСТУПИЛА: 10.04.2013