

DOI: <http://doi.org/10.17816/2313-8726-2023-10-1-49-54>

# Оценка степени риска прогрессирования гнойно-воспалительных осложнений у родильниц с акушерским перитонитом и возможности органосохраняющих операций

А.Ш. Дабузов

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Российская Федерация

## АННОТАЦИЯ

**Введение.** Цель работы — улучшить результаты (обосновать возможность) органосохраняющих операций у родильниц с перитонитом после кесарева сечения путём комплексной оценки клинико-лабораторных показателей оперированных больных на основе математического анализа.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное когортное сравнительное исследование в параллельных группах родильниц, родоразрешение у которых выполнено путём кесарева сечения и послеоперационный период осложнился расхождением шва на матке с симптомами перитонита. Всего обследовано и пролечено 428 пациенток, разделённых на две группы. В основную группу вошли 194 родильницы, у которых в соответствии с прогнозом сохранялась возможность проведения органосохраняющей операции, в группу сравнения вошли 234 родильницы с высоким риском прогрессирования гнойно-воспалительных осложнений, которым выполнена гистерэктомия. В основной группе после релапаротомии проводили лимфотропную терапию, оптимизированную лазерным облучением регионарных лимфатических узлов. Пациенткам в группе сравнения проводили общепринятое лечение.

**Результаты.** На основании разработанной шкалы критериев риска прогрессирования гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения определены условия для проведения органосохраняющей операции, а также технология интенсивной терапии после релапаротомии. Чувствительность прогностической модели составила 93,3%, специфичность — 87,7%. Из 194 пациенток основной группы лишь у 2 (1,03%) после органосохраняющей операции отмечалось прогрессирование гнойно-воспалительных осложнений, в связи с чем потребовалось выполнить ререлапаротомию и гистерэктомию.

**Заключение.** На основании проведённого исследования сделано заключение о возможности выполнения органосохраняющих операций при перитоните после кесарева сечения при условии отсутствия декомпенсированной стадии синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.

**Ключевые слова:** кесарево сечение; несостоятельность шва на матке; перитонит; релапаротомия; гистерэктомия; органосохраняющие операции.

## Как цитировать:

Дабузов А.Ш. Оценка степени риска прогрессирования гнойно-воспалительных осложнений у родильниц с акушерским перитонитом и возможности органосохраняющих операций // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2023. Т. 10, № 1. С. 49-54.  
doi: 10.17816/2313-8726-2023-10-1-49-54

DOI: <http://doi.org/10.17816/2313-8726-2023-10-1-49-54>

# Assessment of the risk of progression of purulent-inflammatory complications and the possibility of organ-preserving surgeries in puerperas with obstetric peritonitis

Abakar Sh. Dabuzov

Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russian Federation

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** This study aimed to improve the results (justify the possibility) of organ-preserving surgeries in puerperas with peritonitis after cesarean section, through a comprehensive assessment of the clinical and laboratory parameters of operated patients based on mathematical analysis.

**MATERIALS AND METHODS:** A prospective, comparative cohort study was performed in parallel groups of puerperas whose delivery was performed by cesarean section, and the postoperative period was complicated by suture dehiscence on the uterus with symptoms of peritonitis. A total of 428 patients, distributed into two groups, were examined, and treated. The main group included 194 puerperas who, in accordance with the prognosis, retained the possibility of undergoing organ-preserving surgery; the comparison group included 234 puerperas with a high risk of progression of purulent inflammatory complications, and who underwent hysterectomy. In the main group, after the laparotomy was conducted again, lymphotropic therapy was performed, optimized by laser irradiation of regional lymph nodes. Patients in the comparison group received conventional treatment.

**RESULTS:** Based on the developed scale for the risk of progression of purulent-inflammatory complications after cesarean section, the conditions for organ-preserving surgery and the technology for intensive care after relaparotomy were determined. The sensitivity of the prognostic model was 93.3%, and the specificity was 87.7%. Only 2 (1.03%) of the 194 patients in the main group showed progression of purulent-inflammatory complications after organ-preserving surgery, which required relaparotomy, and hysterectomy.

**CONCLUSIONS:** Based on the results of this study, it was concluded that there remains a possibility for performing organ-preserving surgeries in case of peritonitis after cesarean section, provided there is no decompensated stage of the systemic inflammatory response syndrome and multiple organ failure.

**Keywords:** cesarean section; suture failure on the uterus; peritonitis; relaparotomy; hysterectomy; organ-preserving surgeries.

## To cite this article:

Dabuzov ASH. Assessment of the risk of progression of purulent-inflammatory complications and the possibility of organ-preserving surgeries in puerperas with obstetric peritonitis. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2023;10(1):49–54. (In Russ). doi: 10.17816/2313-8726-2023-10-1-49-54

Received: 09.11.2022

Accepted: 16.12.2022

Published: 17.03.2023

## ВВЕДЕНИЕ

Гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) после операции кесарева сечения (КС) представляют собой актуальную проблему, обусловленную продолжающимся ростом частоты операции КС, особенно у беременных с рубцом на матке [1, 2], и нарастающей с каждым годом антибиотикорезистентностью [3, 4]. Частота перитонита после КС невелика, однако, принимая во внимание современные принципы его лечения, почти всем родильницам с этим осложнением выполняют гистерэктомию [5, 6]. Изменения в законодательстве и юридической практике относительно прав пациента вызывают необходимость пересмотреть врачебную тактику при акушерских осложнениях, представляющих риск для жизни пациенток, в том числе и при перитоните после КС [7].

Цель исследования — улучшить результаты (обосновать возможность) органосохраняющих операций у родильниц с перитонитом после КС путём комплексной оценки клинично-лабораторных показателей оперированных больных на основе математического анализа.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено нерандомизированное проспективное когортное сравнительное исследование в параллельных группах родильниц, родоразрешение у которых выполнено путём операции КС и послеоперационный период осложнился расхождением шва на матке и симптомами перитонита. Длительность проведённого исследования составила 11 лет (январь 2009–декабрь 2020 г.). Всего обследовано и пролечено 428 пациенток, разделённых на две группы: в основную группу вошли 194 родильницы, у которых в соответствии с прогнозом сохранялась возможность проведения органосохраняющей операции, в группу сравнения вошли 234 родильницы с высоким риском прогрессирования ГВО, которым выполнена гистерэктомия. В основной группе пациенткам после релапаротомии и метропластики проводили лимфотропную терапию, оптимизированную лазерным облучением регионарных лимфатических узлов.

Прогноз прогрессирования ГВО в послеоперационном периоде после КС основывался на учёте наличия очагов инфекции перед родоразрешением, характера и тяжести акушерской патологии, обусловившей показания к операции, длительности операции КС и объёма кровопотери. Дополнительно применялась разработанная нами шкала оценки состояния оперированных пациенток (прогностическая модель) по 20 основным клинично-лабораторным показателям, каждый из которых оценивался в баллах от 3 до 1 (табл. 1). Суммарная оценка в баллах указывала: на относительно удовлетворительное состояние — 60–50 баллов; состояние средней тяжести — 49–36 баллов; тяжёлое состояние — 35 баллов и менее. Шкалу распечатывали в виде бланка-вкладыша для истории болезни и заполняли ежедневно для динамической оценки.

Если при наличии симптомов перитонита сумма баллов по прогностической шкале была выше 36, то вопрос решали в пользу органосохраняющей операции. Дополнительно принимали во внимание показатели прокальцитонинового теста и количество баллов по шкале qSOFA.

Все пациентки, участвовавшие в исследовании, подписали необходимые документы о добровольном информированном согласии на участие в исследовании и медицинское вмешательство.

## Статистический анализ данных

Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием пакета Statistica 13. Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с использованием критерия Колмогорова–Смирнова, проводили расчёт средних арифметических величин ( $M$ ) и стандартных отклонений ( $SD$ ), данные представлены в виде  $M (SD)$ . При сравнении средних величин в совокупностях количественных данных рассчитывали  $t$ -критерий Стьюдента. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона, для оценки степени различий использовали показатель относительного риска ( $OR$ ) с расчётом границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). Различия показателей считали статистически значимыми при уровне значимости  $p < 0,05$ . Для подтверждения эффективности прогностической модели использовали ROC-анализ, позволяющий охарактеризовать зависимость оценки состояния родильницы от оценки по разработанной шкале.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди основных причин развития ГВО после операции КС на первом месте в обеих группах была экстренность проведения операции (в основной группе она составила 40,4%, в группе сравнения — 43,3%), на втором месте — продолжительность операции КС (в основной группе 21–25%, в группе сравнения 32–35,5%), на третьем месте — технические погрешности во время операции (4,7 и 6,6%, соответственно). Существенной причиной развития перитонита, на наш взгляд, было нерациональное использование антибиотиков и отсутствие профилактического их введения перед КС. Так, профилактику инфекционных осложнений антибиотиками перед операцией в основной группе провели в 80,9% случаев, а в группе сравнения в 92,2% ( $\chi^2=4,8$ ;  $p=0,029$ ;  $OR$  1,14; 95% ДИ 1,1–1,28).

В лечебных учреждениях первого уровня врачами санитарной авиации прооперированы 24,8% пациенток, в учреждениях второго уровня (городской родильный дом) — 8,2%, остальные 67% пациенток — в учреждениях третьего уровня (перинатальных центрах). Временной интервал между операцией КС и релапаротомией удалось проследить у 122 пациенток основной группы и 145 пациенток группы сравнения (табл. 2).

**Таблица 1.** Шкала оценки состояния родильниц после операции кесарева сечения**Table 1.** Scale of assessment of the state of maternity hospitals after cesarean section

| Показатели                      | Оценка в баллах     |                              |                             | Дни после операции |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
|                                 | 3                   | 2                            | 1                           | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Общее состояние                 | Удовлетворительное  | Средней тяжести              | Тяжёлое                     |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Температура                     | 37–38°              | 38,1–39°                     | 39°                         |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Пульс                           | 85–100              | 100–115                      | 120                         |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| АД, мм рт. ст.                  | 110/70              | 90/60                        | 80/50                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Ознобы                          | 1–2 раза            | 3–4 раза                     | Частые                      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Тошнота                         | Изредка             | Часто                        | Постоянно                   |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Рвота                           | –                   | 1–3 раза                     | 4 раза и более              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Дыхание                         | 20                  | 25–30                        | 30–32                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Состояние языка                 | Влажный             | Умерено сухой                | Сухой, обложен              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Стул                            | После клизмы        | После клизмы<br>недостаточен | Отсутствует<br>после клизмы |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Перистальтика                   | Несколько ослаблена | Единичная                    | Отсутствует                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Симптом Щёткина–Блюмберга       | Нет                 | Выражен                      | Отсутствует                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Боли в животе                   | Незначительны       | Выражены                     | Резко выражены              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Вздутие живота                  | Незначительно       | Умеренно                     | Выражено                    |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Дефанс мышц                     | –                   | Умеренный                    | Выраженный                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Инволюция матки                 | Удовлетворительна   | Снижена                      | Значительно<br>снижена      |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Болезненность матки             | Незначительна       | Умеренна                     | Выраженная                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Лохии                           | Мутноватые          | Мутные с запахом             | Гнойные                     |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| СО <sub>2</sub> , мм/ч          | 55–60               | 61–70                        | 69–73                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
| Лейкоцитоз, ×10 <sup>9</sup> /л | 9–10                | 12,1–14,0                    | 15–16                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |

Различия по временному интервалу между операцией кесарева сечения и релапаротомией между основной группой и группой сравнения оказались статистически недостоверны ( $p > 0,05$ ).

В основной группе повторная операция заключалась в релапаротомии, ревизии органов брюшной полости, мобилизации нижнего сегмента матки путём освобождения мочевого пузыря от парацервикальной клетчатки до верхней трети влагалища, иссечении краёв разреза на матке в пределах здоровой ткани, промывании полости матки антисептиком (диоксидином), наложении двухрядных швов на матку (первый ряд — отдельные узловые мышечно-мышечные швы, второй ряд — серозно-мышечный

непрерывный шов). Использовали синтетический рассасывающийся шовный материал. Операцию завершали введением антибиотиков широкого спектра действия в зону швов на матке, санацией и дренированием брюшной полости.

В группе сравнения пациенткам по классической методике выполняли гистерэктомию (с маточными трубами).

Больным обеих групп в послеоперационном периоде проводили комплексное лечение, включающее антибактериальную, инфузионную, иммунокорректирующую, утеротоническую, симптоматическую и общеукрепляющую терапию. Помимо этого в основной группе применяли лимфотропную терапию, оптимизированную лазерным облучением регионарных лимфатических узлов.

**Таблица 2.** Временной интервал между операцией кесарева сечения и релапаротомией**Table 2.** The time interval between cesarean section and relaparotomy

| Число пациенток              | Временной интервал после кесарева сечения перед релапаротомией |            |            |            |           |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|
|                              | 1–3 суток                                                      | 3–6 суток  | 6–9 суток  | 9–12 суток | >12 суток |
| Основная группа ( $n=122$ )  | 11 (9%)                                                        | 58 (47,5%) | 31 (25,4%) | 17 (13,9%) | 5 (4,1%)  |
| Группа сравнения ( $n=145$ ) | 15 (8,9%)                                                      | 71 (48,9%) | 39 (26,9%) | 12 (8,2%)  | 10 (6,9%) |

В обеих группах материнской смертности удалось избежать. В основной группе из 194 родильниц, которым проведена органосохраняющая операция, желаемый результат был получен у 192. В двух случаях, несмотря на интенсивную терапию в послеоперационном периоде, отмечено прогрессирование синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и нарастающий риск сепсиса, в связи с чем им выполнена ререлапаротомия и гистерэктомия. Пациентки выздоровели и выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, прогноз благоприятного исхода органосохраняющих операций у родильниц с перитонитом после кесарева сечения подтверждён в 98,7% случаев. Достигнутый результат получен благодаря использованию авторской прогностической модели с балльной оценкой основных симптомов и лабораторных данных, характеризующих степень тяжести ССВО и наличие или отсутствие полиорганной недостаточности. Подтверждением адекватности балльной оценки состояния пациенток и возможности её практического применения в решении вопроса об объёме операции при акушерском перитоните служат результаты ROC-анализа.

Данные зависимости вероятности относительно удовлетворительного/среднетяжёлого состояния пациентки от показателя шкалы с помощью ROC-анализа представлены на рисунке 1.

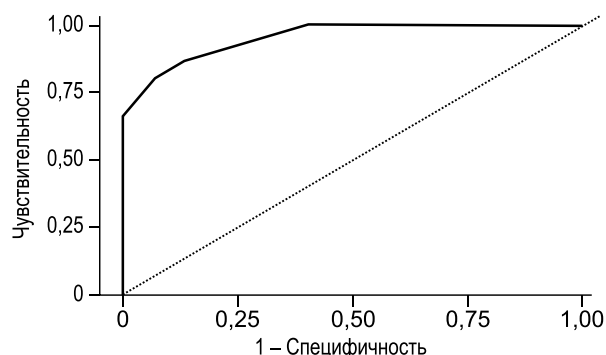
Площадь под ROC-кривой составила  $0,953 \pm 0,041$  с 95% ДИ 0,873–1,000. Полученная модель была статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Пороговое значение показателя шкалы в точке отсечения (cut-off), которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 50,000. Среднетяжёлое состояние прогнозировалось при значении суммы баллов ниже данной величины. Чувствительность и специфичность модели составили 86,7 и 86,7%, соответственно.

Данные зависимости вероятности среднетяжёлого/тяжёлого состояния пациентки от показателя шкалы с помощью ROC-анализа представлены на рисунке 2.

Площадь под ROC-кривой составила  $0,907 \pm 0,058$  с 95% ДИ 0,794–1,000. Полученная модель была статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Пороговое значение шкалы составило 36 баллов, тяжёлое состояние прогнозировалось при значении ниже данной величины. Чувствительность и специфичность модели составили 93,3 и 86,7%, соответственно.

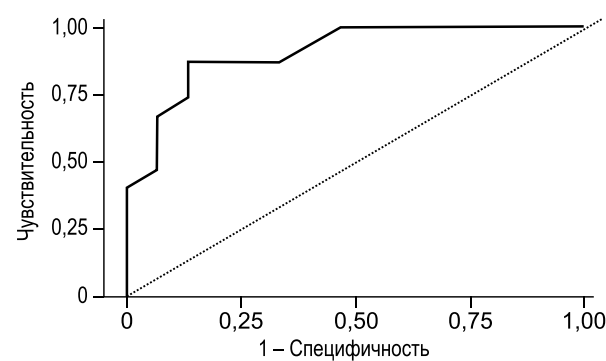
## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Республика Дагестан — одна из немногих, где ещё наблюдается рост рождаемости. Это явление обусловлено сохранением национальных традиций, ориентированных на многодетную семью [7]. Эти же традиции нередко ставят женщину в сложную ситуацию выбора, когда решается вопрос об удалении матки по тем или иным причинам в связи с осложнениями послеродового периода [6, 8].



**Рис. 1.** ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности удовлетворительного/среднетяжёлого состояния пациентки от оценки по шкале.

**Fig. 1.** ROC is a curve that characterizes the dependence of the probability of a satisfactory/moderate patient's condition on the score on the scale.



**Рис. 2.** ROC-кривая, характеризующая зависимость вероятности среднетяжёлого/тяжёлого состояния пациентки от оценки по шкале.

**Fig. 2.** ROC is a curve that characterizes the dependence of the probability of a moderate/severe patient's condition on the score on the scale.

Безусловно, принимая решение выполнить органосохраняющую операцию при тяжёлых акушерских осложнениях (перитонит, маточное кровотечение и др.), врачи вынуждены идти на риск, который вместе с тем должен быть минимальным и оправданным. Предложенная тактика при перитоните после кесарева сечения позволяет аргументировать попытки сохранить матку в тех случаях, когда отсутствуют симптомы сепсиса и полиорганной недостаточности, что свидетельствует о компенсаторной стадии ССВО. В то же время помимо хирургической техники требуется применять современные методы детоксикации организма и повышения его адаптационных возможностей эфферентными методами (лазерное излучение, озонотерапия, различные варианты сорбционных методов). Очень важна также, учитывая высокий уровень ГВО в республике, оптимизация профилактических мероприятий, включающих прегравидарную подготовку в виде санации хронических очагов инфекции, лечения экстрагенитальной патологии, строгое выполнение принципов маршрутизации.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

**Вклад авторов.** Не применимо.

**Author contribution.** Not applicable.

**Этическое утверждение.** Проведение исследования согласовано локальным этическим комитетом Дагестанского государственного медицинского университета (протокол от 18.01.2012 г. № 1).

**Ethics approval.** The study was coordinated with the Local Ethics Committee of Dagestan State Medical University (Protocol No. 1 dated 18.01.2012).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жаркин Н.А., Логутова Л.С., Семикова Т.Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы // Российский вестник акушера-гинеколога. 2019. Т. 19, № 4. С. 5–10. doi: 10.17116/rosakush2019190415
2. Tussupkaliyev A., Daribay Z., Saduov M., Dossimbetova M., Rakhmetullina G. Metroplasty for obstetric peritonitis, arising in the background suture failure of the uterus // Georgian Med News. 2016. N. 12 (261). P. 26–331.
3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. V. 2.0. Москва : StatusPraesens, 2017. 872 с.
4. Бурова Н.А., Жаркин Н.А. Острые воспалительные заболевания органов малого таза — эволюция знаний этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики рецидивов. Волгоград : ВолгГМУ, 2020.
5. Новиков Е.И., Василенко Л.В., Тимофеева Н.Б., и др.; Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Военно-медицинская академия

## REFERENCES

1. Zharkin NA, Logutova LS, Semikhova TG. Cesarean section: medical, social and moral-ethical problems. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2019;19(4):5–10. (In Russ). doi: 10.17116/rosakush2019190415
2. Tussupkaliyev A, Daribay Z, Saduov M, Dossimbetova M, Rakhmetullina G. Metroplasty for obstetric peritonitis, arising in the background suture failure of the uterus. *Georgian Med News*. 2016;(261):26–331.
3. Radzinskii VE. *Akusherskaya agressiya*. V. 2.0. Moscow: StatusPraesens; 2017. 872 p. (In Russ).
4. Burova NA, Zharkin NA. *Ostrye vospalitel'nye zabolevaniya organov malogo taza — evolyutsiya znaniy etiologii, patogeneza, diagnostiki, lecheniya i profilaktiki retsidivov*. Volgograd: Volgograd State Medical University; 2020. 240 p. (In Russ).
5. Novikov EI, Vasilenko LV, Timofeeva NB, et al.; St. Petersburg Scientific Research Institute of Ambulance named after I.I. Dzhanelidze, Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. *Neotlozhnaya ginekologiya. Rukovodstvo dlya vrachei*. Saint Petersburg: Stiks; 2017. (In Russ).

## ОБ АВТОРЕ

\***Дабузов Абакар Шевкетович**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии; адрес: 367000, Махачкала, площадь Ленина, д. 1, Российская Федерация; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0553-8216>; e-mail: [dabakar1952@mail.ru](mailto:dabakar1952@mail.ru)

**Финансирование.** Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

**Funding source.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Конфликт интересов.** Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Competing interests.** The author declare that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

им. С.М. Кирова, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского. Неотложная гинекология. Руководство для врачей. Санкт-Петербург : Стикс, 2017.

6. Самчук П.М., Ищенко А.И., Розалиева Ю.Ю. Органосохраняющие технологии при гнойных воспалительных осложнениях кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020. Т. 19, № 2. С. 96–103. doi: 10.20953/1726-1678-2020-2-96-103
7. Курабекова Н.А., Жаркин Н.А. Репродуктивный потенциал женщин Дербентского района Дагестана и его влияние на демографическую перспективу // Вестник ВолгГМУ. 2019. Выпуск 4(72). С. 26–28. doi: 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-26-28

8. Рыскельдиева В.Т., Джумалиева А.Д. Органосохраняющее лечение акушерского перитонита при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2018. Т. 18, № 6. С. 78–82.

lidge, Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky. *Neotlozhnaya ginekologiya. Rukovodstvo dlya vrachei*. Saint Petersburg: Stiks; 2017. (In Russ).

6. Samchuk PM, Ishchenko AI, Rozalieva lulu. Organ-sparing surgery for suppurative inflammatory complications of caesarean section. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2020;19(2): 96–103. (In Russ). doi: 10.20953/1726-1678-2020-2-96-103
7. Kurabekova NA, Zharkin NA. Reproductive potential of women in Derbent district of Dagestan and its influence on demographic perspective. *Journal of Volgograd State Medical University*. 2019;(4):26–28. (In Russ). doi: 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-26-28
8. Ryskeldieva VT, Dzhumalieva AD. Organ-preserving treatment of obstetric peritonitis in the failure of the suture on the uterus after cesarean section. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiiskogo Slavyanskogo Universiteta*. 2018;18(6):78–82. (In Russ).

## AUTHOR INFO

\***Abakar Sh. Dabuzov**, MD, Cand. Sci. (Med.), assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology; address: 1, Lenin Square, Makhachkala, 367000, Russian Federation; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0553-8216>; e-mail: [dabakar1952@mail.ru](mailto:dabakar1952@mail.ru)

\*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author