

УДК 618.31-073.43
ББК 57.162.1

Г.С. ДОБРЕНЬКАЯ, Е.М. ДОБРЕНЬКАЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ключевые слова: беременность в рубце на матке, кесарево сечение, внематочная беременность, замершая беременность, ультразвуковая диагностика, хорионический гонадотропин человека, дифференциальная диагностика, кровотечение, гистероскопия, ампутация матки.

Рост частоты кесарева сечения сопровождается увеличением числа осложнений последующих беременностей, включая имплантацию плодного яйца в области послеоперационного рубца. Несмотря на доступность ультразвуковой визуализации, атипичное течение может приводить к диагностическим ошибкам и тяжелым последствиям. Описан клинический случай вероятной беременности в области послеоперационного рубца, диагностика которой сопровождалась трудностями при ультразвуковом исследовании. Приведены клинические данные пациентки 32 лет, результаты динамического определения уровня хорионического гонадотропина человека и серии ультразвуковых исследований органов малого таза. Выполнена дифференциальная диагностика между неполным самопроизвольным выкидышем, остатками плодного яйца и эктопической беременностью в рубце после кесарева сечения. Первичное ультразвуковое исследование визуализировало плодное яйцо в дне матки. В дальнейшем отмечены кровянистые выделения, отсутствие сердцебиения эмбриона и снижение хорионического гонадотропина человека. При контрольном исследовании плодное яйцо в полости матки не определялось, однако в проекции рубца визуализировался участок неоднородной эхоструктуры небольших размеров, что позволило заподозрить эктопическую локализацию. В связи с подозрением на эктопическую имплантацию была предпринята попытка органосохраняющего лечения – выполнена гистерорезектоскопия. Во время вмешательства развилось массивное кровотечение, потребовавшее лапаротомической надвлагалищной ампутации матки без придатков. Подозрение на беременность в области послеоперационного рубца требует ранней и целенаправленной ультразвуковой оценки. Снижение хорионического гонадотропина человека при наличии образования в зоне рубца должно настораживать в отношении эктопической имплантации. Отсрочка специализированного лечения повышает риск жизнеугрожающего кровотечения.

Введение. В последние десятилетия отмечается устойчивый рост частоты абдоминального родоразрешения, что связано с увеличением возраста первородящих, распространенностью экстрагенитальной патологии, а также расширением показаний к кесареву сечению [3, 4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота кесарева сечения увеличилась с 7% в 1990 г. до 32,5% в 2024 г. [13]. Согласно данным научных исследований, беременность в области послеоперационного рубца выявляется сравнительно редко – примерно в одном случае на 1 800–2 500 беременностей, однако среди пациенток с кесаревым сечением в анамнезе ее доля среди эктопических беременностей достигает около 6% [9, 12]. К факторам, повышающим риск данной патологии, относят повторные кесаревы сечения, несостоятельность рубца на матке, внутриматочные вмешательства и небольшой интервал между беременностями.

Несмотря на направленность данной операции на снижение перинатальных рисков, наличие рубца на матке ассоциировано с повышенной частотой осложнений как в послеоперационном периоде, так и при последующих беременностях [1]. В последние годы все чаще регистрируются случаи имплантации плодного яйца в зоне послеоперационного рубца. Диагностика беременности в рубце

на матке, как правило, не представляет сложности при ультразвуковом исследовании (УЗИ) [3, 4]. Однако возможны атипичные клинические ситуации, приводящие к диагностическим ошибкам и тяжелым последствиям. Представленный клинический случай иллюстрирует подобную ситуацию.

Описание клинического случая. Пациентка 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет. В анамнезе – одна беременность, завершившаяся экстренным кесаревым сечением по поводу слабости родовой деятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентке и ее супругу было проведено обследование в соответствии с клиническими рекомендациями, назначена терапия и прегравидарная подготовка.

Через 3 месяца пациентка обратилась с положительным мочевым тестом на беременность. Уровень хорионического гонадотропина человека (ЧХГЧ) составил 38 398,6 мМЕ/мл. УЗИ органов малого таза проводили трансвагинальным и трансабдоминальным доступом с использованием эндокавитального и конвексного датчиков частотой 3,5–7,5 МГц. При исследовании в области дна матки определялось плодное яйцо, соответствующее сроку беременности 4 недели 3 дня. Оценивали состояние эндометрия и области послеоперационного рубца, наличие эмбриона, а также сердечную деятельность. Убедительных эхографических признаков патологии рубца на данном этапе выявлено не было, однако оценка взаиморасположения плодного яйца и зоны послеоперационного рубца оставалась затрудненной (рис. 1).



Рис. 1. Эхографическая картина при первичном УЗИ органов малого таза

При повторных исследованиях проводили динамическую оценку локализации плодного яйца, состояния полости матки и изменений в области послеоперационного рубца.

Через 4 дня пациентка поступила в экстренный стационар с жалобами на тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения. По данным УЗИ диагностирована замершая беременность, рекомендовано прерывание, от которого пациентка отказалась.

Повторное УЗИ через 4 дня подтвердило отсутствие сердцебиения эмбриона. Уровень ЧХГЧ снизился до 25 894 мМЕ/мл. Рекомендовано плановое прерывание беременности, однако пациентка в стационар не обратилась.

Спустя 10 дней при контрольном УЗИ плодное яйцо в полости матки не определялось. В проекции нижнего сегмента матки визуализировался участок неоднородной эхоструктуры небольших размеров, расцененный как подозрительный в отношении патологического содержимого в зоне послеоперационного рубца. Эндометрий – 6 мм. Заключение: состояние после самопроизвольного выкидыша, остатки плодного яйца в зоне рубца после кесарева сечения (рис. 2). Пациентка госпитализирована.



Рис. 2. УЗИ нижнего сегмента матки после самопроизвольного выкидыша

При поступлении состояние удовлетворительное. Артериальное давление – 115/70 мм рт. ст., пульс – 76 уд/мин. Гинекологический осмотр: тело матки не увеличено, размягчено, наружный зев закрыт, выделения сукровичные.

Лабораторные показатели: гемоглобин – 121 г/л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 219×10^9 /л; МНО – 1,06; фибриноген – 4,31 г/л; АЧТВ – 31,8 с; чХГЧ – 7294 мМЕ/мл.

УЗИ органов малого таза соответствовало предыдущему исследованию.

Дифференциальный диагноз. В рамках дифференциальной диагностики рассматривались:

- неполный самопроизвольный выкидыш;
- остатки плодного яйца;
- эктопическая беременность в рубце после кесарева сечения.

Дифференциальная диагностика в данном случае была затруднена, поскольку при первичном УЗИ не выявлялось типичных признаков беременности в области послеоперационного рубца. Кровянистые выделения, отсутствие плодного яйца в полости матки и снижение уровня чХГЧ в динамике могли соответствовать неполному самопроизвольному выкидышу. Снижение уровня чХГЧ при динамическом наблюдении могло указывать на регресс беременности и наличие остаточных тканей беременности. Однако наличие образования в нижнем сегменте матки не позволяло полностью исключить имплантацию плодного яйца в зоне рубца после кесарева сечения. Наличие образования в зоне рубца при отсутствии плодного яйца в полости матки позволило заподозрить эктопическую локализацию.

Лечение. Учитывая сохранение образования в области послеоперационного рубца, снижение уровня чХГЧ в динамике и отсутствие возможности достоверно исключить остатки плодного яйца, было принято решение о хирургическом вмешательстве. С целью уточнения локализации патологического образования и его удаления под визуальным контролем выполнена гистерорезектоскопия как органосохраняющий этап лечения. От консервативной тактики в данном случае было решено отказаться в связи с наличием образования в области послеоперационного рубца, сохраняющимися кровянистыми выделениями и необходимостью уточнения характера патологического процесса.

Во время гистерорезектоскопии развилось массивное кровотечение, в связи с чем выполнена лапаротомическая надвлагалищная ампутация матки без придатков. Объем кровопотери составил 700 мл. Развитие кровотечения во время операции, вероятно,

было связано с особенностями расположения патологического очага в зоне послеоперационного рубца и выраженным кровоснабжением данной области, что затрудняло проведение органосохраняющего вмешательства.

Исход и последующее наблюдение. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Обсуждение. Недостаточная информативность первичных ультразвуковых изображений затруднила ретроспективную оценку возможных признаков имплантации в зоне послеоперационного рубца и не позволила достоверно установить первоначальную локализацию плодного яйца. В связи с этим проведение дифференциальной диагностики между внутриматочной и рубцовой беременностью представляло определенные трудности. Морфологическое подтверждение локализации беременности в области послеоперационного рубца в представленном наблюдении отсутствовало, что следует учитывать при интерпретации данного клинического случая.

Нечеткая визуализация области послеоперационного рубца не предоставляла возможности детально оценить кровоток патологического очага и толщину миометрия. Беременность с предполагаемой локализацией в области послеоперационного рубца сопровождается повышенным риском кровотечения, что связано с особенностями имплантации хориона и выраженной васкуляризацией тканей в зоне рубца [7, 8].

Для диагностики эктопической беременности в рубце на матке основным методом является УЗИ. В клинических случаях, представленных в литературных источниках [2, 6, 10], визуализация плодного яйца при первичном УЗИ осуществлялась в области послеоперационного рубца. В представленном наблюдении диагностика беременности с предполагаемой локализацией в области послеоперационного рубца была затруднена отсутствием типичных эхографических признаков, на раннем этапе обследования плодное яйцо визуализировалось в дне матки, а убедительных эхографических признаков рубцовой беременности выявлено не было.

Позднее выявление эктопической имплантации после самопроизвольного выкидыша привело к развитию жизнеугрожающего кровотечения. Вероятно, на раннем сроке беременности оценка локализации плодного яйца при первичном УЗИ была затруднена из-за недостаточной визуализации области послеоперационного рубца. Отсутствие типичных эхографических признаков беременности в области рубца на раннем сроке могло способствовать затруднениям интерпретации ультразвуковой картины. Аналогичные диагностические сложности при беременности в области послеоперационного рубца описаны и в других клинических наблюдениях, где атипичная эхографическая картина препятствовала своевременной верификации диагноза [11]. В литературе описаны случаи тяжелых геморрагических осложнений при беременности в области послеоперационного рубца, вплоть до развития жизнеугрожающих состояний [8].

Данный клинический случай показывает, что при нетипичном течении беременности диагностика беременности в области послеоперационного рубца может вызывать значительные трудности, особенно при отсутствии характерных ультразвуковых признаков. Аналогичные сложности диагностики неразвивающейся беременности в области послеоперационного рубца описаны и другими авторами [5]. В подобных ситуациях важную роль играет динамическое наблюдение с контролем уровня $\chi\text{ГЧ}$, повторной оценкой локализации плодного яйца

и состояния нижнего сегмента матки. У пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения даже неоднозначные изменения при УЗИ требуют настороженности в отношении эктопической имплантации.

Случаи беременности в послеоперационном рубце описаны в литературе как редкие, однако на фоне роста частоты кесаревых сечений и миомэктомий их распространенность имеет тенденцию к увеличению. Согласно данным исследований, при беременности в области послеоперационного рубца могут применяться как консервативные, так и хирургические методы лечения, включая терапию метотрексатом, гистероскопические вмешательства и эмболизацию маточных артерий [12]. Выбор лечебной тактики зависит от клинической картины, локализации патологического очага, степени его васкуляризации и вероятности развития геморрагических осложнений. В ряде случаев применение органосохраняющих методов позволяет избежать радикального хирургического вмешательства, однако при высоком риске кровотечения объем операции может быть расширен [7]. Даже при современных возможностях УЗИ диагностика беременности в области послеоперационного рубца нередко вызывает трудности и сопровождается риском развития выраженных кровотечений [9].

Выводы. Подозрение на беременность в области послеоперационного рубца требует ранней и целенаправленной ультразвуковой оценки. Снижение уровня ЧХГЧ при наличии образования в зоне рубца должно настораживать в отношении эктопической локализации. При наличии рубца на матке и неоднозначной ультразвуковой картине необходимо проводить дифференциальную диагностику между неполным самопроизвольным выкидышем, остатками плодного яйца и беременностью в области послеоперационного рубца. У пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения особое значение имеет ранняя оценка локализации плодного яйца. При сомнительной ультразвуковой картине необходимо динамическое наблюдение с повторным трансвагинальным исследованием, контролем уровня ЧХГЧ и оценкой состояния области послеоперационного рубца. Отсрочка специализированного лечения значительно повышает риск массивного кровотечения. Прегравидарная оценка состояния рубца является важным этапом ведения пациенток после кесарева сечения.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Суров, В.Е. Радзинский. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1080 с.
2. Беременность в рубце после кесарева сечения – следуя международной классификации / И.С. Захаров, В.Г. Мозес, С.Н. Болотова и др. // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018. Т. 19, № 2. С. 56–59.
3. Внематочная (эктопическая) беременность: клинические рекомендации [Электронный ресурс] // Рубрикатор клинических рекомендаций: сайт. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/642_2 (дата обращения 20.03.2026).
4. Выкидыш (самопроизвольный аборт): клинические рекомендации [Электронный ресурс] // Рубрикатор клинических рекомендаций: сайт. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/670_2 (дата обращения 20.03.2026).
5. Диагностические возможности при неразвивающейся эктопической беременности в рубце на матке / Ю.Э. Доброхотова, В.А. Шайдорова, И.Ю. Ильина и др. // *РМЖ. Мать и дитя*. 2025. Т. 8, № 4. С. 286–293. DOI: 10.32364/2618-8430-2025-8-4-1.
6. Клинический случай неразвивающейся беременности в рубце на матке после кесарева сечения [Электронный ресурс] / М.Е. Щепелев, Т.В. Дерипаско, А.А. Сидорова и др. // *Acta medica Eurasica*. 2021. № 3. С. 26–34. URL: <https://acta-medica-eurasica.ru/single/2021/3/4> (дата обращения 20.03.2026).
7. Современные методы хирургического лечения беременности в рубце на матке / А.В. Малушко, И.Д. Щедрина, И.Б. Фаткуллина и др. // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2025. № 8(158). DOI: 10.60797/IRJ.2025.158.9 (дата обращения: 10.05.2026).

8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Рубина Е.В. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и гинекологии. 2016. Т. 15, № 5. С. 67–72.
9. Цхай В.Б., Яметов П.К., Вергунов Н.А. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения. Современное состояние проблемы. Диагностика. Клиника. Врачебная тактика // Акушерство и гинекология. 2017. № 3. С. 5–10. DOI: 10.18565/aig.2017.3.5-10.
10. Asnakew G.B., Ali A.G., Dejen W.B. et al. Maternal near-miss from cesarean scar ectopic pregnancy: emerging clinical challenge in resource-limited settings – a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 2026, vol. 20, 183. DOI: 10.1186/s13256-026-05902-6 (дата обращения: 10.05.2026).
11. Hua A., Igel C., Fridman D., Ngai I. Direct visualization of a cesarean scar ectopic pregnancy after medical management. *American Journal of Case Reports*, 2024, vol. 25, e944396. DOI: 10.12659/AJCR.944396 (Accessed Date: 2026, May 10).
12. Rane S., Bhate A., Shaikh F. Minimally invasive management of a cesarean scar pregnancy: a case report and review. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 2025. DOI: 10.1007/s13224-025-02260-z (Accessed Date: 2026, May 10).
13. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. The 78th World Health Assembly, 2025, May 19 – May 27, 2025, Geneva, Switzerland. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496/> (Accessed Date: 2026, March 20).

ДОБРЕНЬКАЯ ГАЛИНА СТАНИСЛАВОВНА – кандидат медицинских наук, врач ультразвуковой диагностики, врач – акушер-гинеколог, ООО «МЦ «Салютет»; доцент кафедры лучевой диагностики, Астраханский государственный медицинский университет, Россия, Астрахань (galeria@list.ru).

ДОБРЕНЬКАЯ ЕКАТЕРИНА МИХАЙЛОВНА – кандидат медицинских наук, врач-рентгенолог, врач-радиолог отделения дистанционного консультативного центра лучевой диагностики, АО «К 31 СИТИ»; и.о. заведующей кафедрой лучевой диагностики, Астраханский государственный медицинский университет, Россия, Астрахань (em.dobrenkaya@mail.ru).

Galina S. DOBRENKAYA, Ekaterina M. DOBRENKAYA

DIAGNOSTIC CHALLENGES OF ULTRASOUND DIAGNOSIS OF UTERINE SCAR PREGNANCY AFTER CESAREAN SECTION: A CLINICAL CASE

Key words: uterine scar pregnancy, cesarean section, ectopic pregnancy, frozen pregnancy, ultrasound diagnosis, human chorionic gonadotropin, differential diagnosis, bleeding, hysteroscopy, hysterectomy.

An increase in the frequency of cesarean section is accompanied by an increase in the number of complications of subsequent pregnancies, including implantation of the fetal egg in the area of the postoperative scar. Despite availability of ultrasound imaging, an atypical course can lead to diagnostic errors and serious consequences. A clinical case of probable pregnancy in the area of a postoperative scar is described, the diagnosis of which was accompanied by difficulties during ultrasound examination. The clinical data of a 32-year-old patient, the results of dynamic determination of human chorionic gonadotropin levels and a series of ultrasound examinations of the pelvic organs are presented. A differential diagnosis was performed between incomplete spontaneous miscarriage, remnants of the gestational sac and ectopic uterine scar pregnancy after cesarean section. The primary ultrasound examination visualized the gestational sac in the uterine fundus. Subsequently, bloody discharge, absence of an embryo's heartbeat and a decrease in human chorionic gonadotropin were noted. During the control examination, the gestational sac was not detected in the uterine cavity, however, a small area of heterogeneous echostructure was visualized in the projection of the scar, which made it possible to suspect ectopic localization. Due to suspected ectopic implantation, an attempt of organ-preserving treatment – hysterorescopic – was performed. During the intervention, massive bleeding developed, requiring laparotomy supravaginal amputation of the uterus without appendages. Suspected pregnancy in the area of the postoperative scar requires an early and targeted ultrasound assessment. A decrease in human chorionic gonadotropin in the presence of a mass in the scar area should be alarming in relation to ectopic implantation. Delaying specialized treatment increases the risk of life-threatening bleeding.

Reference

1. Savel'eva G.M., Sukhikh G.T., Surov V.N., Radzinskii V.E. *Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo. 2-e izd.* [Obstetrics: national guideline. 2nd ed.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2022, 1080 p.
2. Zakharov I.S., Mozes V.G., Bolotova S.N. et al. *Beremennost' v rubtse posle kesareva secheniya – sleduya mezhdunarodnoi klassifikatsii* [Cesarean scar pregnancy – following the international classification]. *Mat' i ditya v Kuzbasse*, 2018, vol. 19, no. 2, pp. 56–59.
3. *Vnematochnaya (ektopicheskaya) beremennost': klinicheskie rekomendatsii* [Ectopic pregnancy. Clinical guidelines]. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/642_2 (Accessed Date: 2026, Mar. 20).
4. *Vykidysh (samoproizvol'nyi abort): klinicheskie rekomendatsii* [Miscarriage (spontaneous abortion). Clinical guidelines]. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/670_2 (Accessed Date: 2026, March 20).
5. Dobrokhotova Yu.E., Shaidorova V.A., Il'ina I.Yu. et al. *Diagnostichestskie vozmozhnosti pri nerazvivayushcheysya ektopicheskoi beremennosti v rubtse na matke* [Diagnostic capabilities in non-viable ectopic cesarean scar pregnancy]. *RMZh. Mat' i ditya*, 2025, vol. 8, no. 4, pp. 286–293. DOI: 10.32364/2618-8430-2025-8-4-1.
6. Shchepelev M.E., Deripasko T.V., Sidorova A.A. et al. *Klinicheskii sluchai nerazvivayushcheysya beremennosti v rubtse na matke posle kesareva secheniya* [A clinical case of non-viable cesarean scar pregnancy]. *Acta medica Eurasica*, 2021, no. 3, pp. 26–34. Available at: <https://acta-medica-eurasica.ru/single/2021/3/4> (Accessed Date: 2026, March 20).
7. Malushko A.V., Shchedrina I.D., Fatkullina I.B. et al. *Sovremennye metody khirurgicheskogo lecheniya beremennosti v rubtse na matke* [Modern methods of surgical treatment of cesarean scar pregnancy]. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal*, 2025, no. 8(158). DOI: 10.60797/IRJ.2025.158.9.
8. Strizhakov A.N., Davydov A.I., Rubina E.V. *Beremennost' v rubtse na matke posle kesareva secheniya* [Cesarean scar pregnancy]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 2016, vol. 15, no. 5, pp. 67–72.
9. Tskhai V.B., Yametov P.K., Vergunov N.A. *Beremennost' v rubtse na matke posle kesareva secheniya. Sovremennoe sostoyanie problemy. Diagnostika. Klinika. Vrachebnaya taktika* [Cesarean scar pregnancy. Current state of the problem. Diagnosis. Clinical presentation. Medical management]. *Akusherstvo i ginekologiya*, 2017, no. 3, pp. 5–10. DOI: 10.18565/aig.2017.3.5-10.
10. Asnakew G.B., Ali A.G., Dejen W.B. et al. Maternal near-miss from cesarean scar ectopic pregnancy: emerging clinical challenge in resource-limited settings – a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 2026, vol. 20, 183. DOI: 10.1186/s13256-026-05902-6.
11. Hua A., Igel C., Fridman D., Ngai I. Direct visualization of a cesarean scar ectopic pregnancy after medical management. *American Journal of Case Reports*, 2024, vol. 25, e944396. DOI: 10.12659/AJCR.944396.
12. Rane S., Bhate A., Shaikh F. Minimally invasive management of a cesarean scar pregnancy: a case report and review. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 2025. DOI: 10.1007/s13224-025-02260-z.
13. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. The 78th World Health Assembly, May 19–27, 2025, Geneva, Switzerland. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496/> (Accessed Date: 2026, March 20).

GALINA S. DOBRENKAYA – Candidate of Medical Sciences, Ultrasound Diagnostician, Obstetrician-Gynecologist, Salutem Medical Center LLC; Associate Professor, Department of Radiation Diagnostics, Astrakhan State Medical University, Russia, Astrakhan (galeria@list.ru).

EKATERINA M. DOBRENKAYA – Candidate of Medical Sciences, Radiologist, Department of Remote Consultative Center for Radiation Diagnostics, JSC K 31 CITY; Acting Head of the Department of Radiation Diagnostics, Astrakhan State Medical University, Russia, Astrakhan (em.dobrenkaya@mail.ru).

Формат цитирования: Добренькая Г.С., Добренькая Е.М. Диагностические трудности ультразвуковой диагностики беременности в рубце на матке после кесарева сечения: клинический случай [Электронный ресурс] // *Acta medica Eurasica*. 2026. № 3. С. 55–61. URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2026/3/7>. DOI: 10.47026/2413-4864-2026-3-55-61.