

18. Серов В.Н. и др., *Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода* // Акушерство и Гинекология , № 6, 1997, p. 16-19.
19. Сигуа Ди., *Перинатальные исходы после перенесения матерью гриппозной инфекции* // Акушерство и Гинекология , № 6,2002, p. 50-51.
20. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., *Цитокины в системе мать-плод при синдроме задержки развития плода* // Акушерство и Гинекология, № 5,1999, p. 15-17.
21. Surcel L.V. etc., *Sindromul antifosfolipidic – implicațiile sale obstetricale* // Clujul Medical, V. 73, № 1,2000, p. 16-25.
22. Alexander Sophie, Stanwell-Smith Rosalind, Buekens Pierre et Keirse Mark J.N.C., 1989, *Biochemical assessment of fetal well-being, in: Jain Chalmers, Murray Enkin et Marc Keirse (éd.) Effective care in pregnancy and childbirth, vol. 1: Pregnancy, p. 456-476., Oxford, Oxford University Press, p. 791.*
23. V. Friptu, I. Bologan, O. Popușoi, V. Baltag, L. Catrinici, T. Belousova, *Diabetul zaharat și sarcina*, Chișinău, 2002, p. 12-13.
24. Boutroy M.J., 1995., *L'enfant de mère hypertendue, in: Alain Treisser et Bernard Blanc (dir.), 25^{es} Journées nationales de la Société française de médecine périnatale. Paris, 1995, p. 49-58., Paris, Arnette Blackwell, p. 325.*
25. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С., *Этиология и патогенез внутриутробной инфекции.* // Акушерство и Гинекология. М., Медицина. № 6, 1995, p. 9-13.
26. Патрушева Е.Н., Евсюкова И.И., Башмакова М.А., Савичева А.М., *Последствия внутриутробного инфицирования ребенка хламидиями.* // Российский вестник перинатологии и педиатрии. № 4,1993, p. 9-11.
27. Boulot P., Dechaud H., Giacalone P.L., Pereira M., Hedon B., Montoya F. et Molenat F., 1995.,*Réduction embryonnaire et grossesse triples, in: Alain Treisser et Bernard Blanc (dir.) 25^{es} Journées nationales de la Société française de médecine périnatale, Paris, 1995, p. 207-221., Paris, Arnett Blackwell, p. 325.*
28. Alan Guttmacher Institute, 1999., *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide.,* New York, Alan Guttmacher Institute, p. 57.
29. Axelsson Gösta, 1984, *Selection bias in studies of spontaneous abortion among occupational groups,* Journal of Occupational Medecine, vol. 26, p. 525-528.
30. Baker Edward L., 1994, *A review of recent research on health effects of human occupational exposure to organic solvents,* Journal of Occupational Medicine, vol. 36 n^o 10, p. 1079-1092.
31. Gh. Paladi, U. Topor, O. Cernițchi., *Medicamentele și sarcina*, Chișinău, 2000, p. 11-15.

MANAGEMENTUL NAȘTERII ÎN PREZENTAȚIE PELVINĂ

Tatiana Savin, Natalia Bursacovschi, Victor Ciobanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF "N. Testemițanu"

Summary

Management of breech delivery

Objective: To evaluate management of breech delivery. *Study design:* The article presents the results of an retrospective study based on the analysis of 202 obstetric records from all breech pregnancies delivered in the 1-st and 2-nd maternity wards of the Scientific Research Institute of Mother and Child Health Care in the year 2011 (1.01.-31.12.2011). *Conclusions:* According to the retrospective study, the overall breech presentation rate in the Scientific Research Institute of Mother and Child Health Care was 3,85 %. Breech presentation is encountered more frequently in primigravidas (65,8 %), however parity doesn't represent criterion of the evaluation of management in labor with breech presentation. Estimated fetal weight $\geq 3500\text{g}$ is the cut-off

point for cesarean section (88%). The overall cesarean section rate was 78%. Planned C- section compared with planned vaginal birth for singleton term breech presentation is associated with a decrease in perinatal morbidity and mortality with a modest increase in maternal morbidity.

Rezumat

Scopul: Evaluarea managementului nașterii în prezentație pelvină. *Designul studiului:* Studiul a fost orientat asupra analizei retrospective a 202 fișe medicale la pacientele diagnosticate cu sarcină în prezentație pelvină ce au născut în secția obstetricală № 1-2 a IMSPICȘDOSMșiC or.Chișinău pe o perioadă de 1 an (1.01.-31.12.2011). *Concluzii:* Incidența prezentației pelvine în IMSP ICȘDOSM și C în cadrul studiului retrospectiv a constituit 3,85% . Prezentația pelvină este întâlnită mai frecvent la nulipare (65,8 %), paritatea însă nu reprezintă un criteriu de evaluare a managementului nașterii în prezentație pelvină. Masa probabilă a fătului $\geq 3500g$ constituie limita începînd cu care se indică finisarea sarcinii în prezentație pelvină prin operație cezariană (88%). Rata operației cezariene la sarcina în prezentație pelvină a constituit 78%. În cadrul prezentației pelvine monofetale la termen operația cezariană programată, în comparație cu nașterea per vias naturalis programată, reduce rata mortalității și morbidității perinatale cu creșterea neînsemnată a morbidității materne.

Introducere

Managementul nașterii în prezentație pelvină, atît la termen cît și pretermen, rămîne discutabil și în secolul XXI. Mulți cercetători în studiile lor, au demonstrat că mortalitatea și morbiditatea perinatală la prezentație pelvină, indiferent de vîrsta gestațională, este mai înaltă în comparație cu cea din prezentația craniană [2]. Astfel, incidența nașterii feților pe cale naturală cu scorul Apgar jos la naștere este semnificativ mai mare, iar mortalitatea perinatală în prezentație pelvină este de 5 ori mai înaltă în comparație cu cea în prezentație craniană. În legătură cu aceasta la prezentație pelvină au fost semnificativ lărgite indicațiile către nașterea prin operație cezariană la prezentație pelvină. În prezentația pelvină, conform literaturii de specialitate, incidența operației cezariene variază între 45 și 83 % [18]. Totodată, incidența crescută a operației cezariene mărește riscul apariției complicațiilor materne. Astăzi, uterul cicatriceal postcezarian reprezintă o indicație principală pentru operație cezariană repetată. Sarcina pe fon de uter cicatriceal frecvent se complică cu iminență de naștere prematură, insuficiența cicatricei, insuficiența feto-placentară etc.[15, 18].

O mare parte din autori atribuie nașterea în prezentație pelvină către cea patologică, iar gravidele - la grupa cu risc înalt [19].

Scopul

Scopul studiului nostru a fost evaluarea managementului nașterilor în prezentație pelvină înregistrate în clinica IMSP ICȘDOSM și C pe parcursul anului 2011.

Pentru realizarea scopului s-au trasat următoarele obiective:

- Evaluarea ponderii prezentației pelvine și conduitei nașterii în cadrul IMSPICȘDOSMșiC pe parcursul anului 2011;
- Influența parității asupra managementului nașterii în prezentație pelvină;
- Conduita nașterii în prezentație pelvină în dependență de masa probabilă a fătului;
- Determinarea ratei operației cezariene în IMSP ICȘDOSM și C;
- Elucidarea impactului operației cezariene programate asupra mortalității/morbidității perinatale și morbidității materne în comparație cu nașterea per vias naturalis în prezentație pelvină conform ultimelor studii randomizate.

Material și metode de investigare

Studiul a fost orientat asupra analizei retrospective a 202 fișe medicale a pacientelor cu sarcina în prezentație pelvină, ce au născut în secția obstetricală № 1-2 a IMSP ICȘDOSM și C or. Chișinău pe o perioadă de 1 an (1.01.-31.12.2011).

Designul studiului este reprezentat în Fig. 1

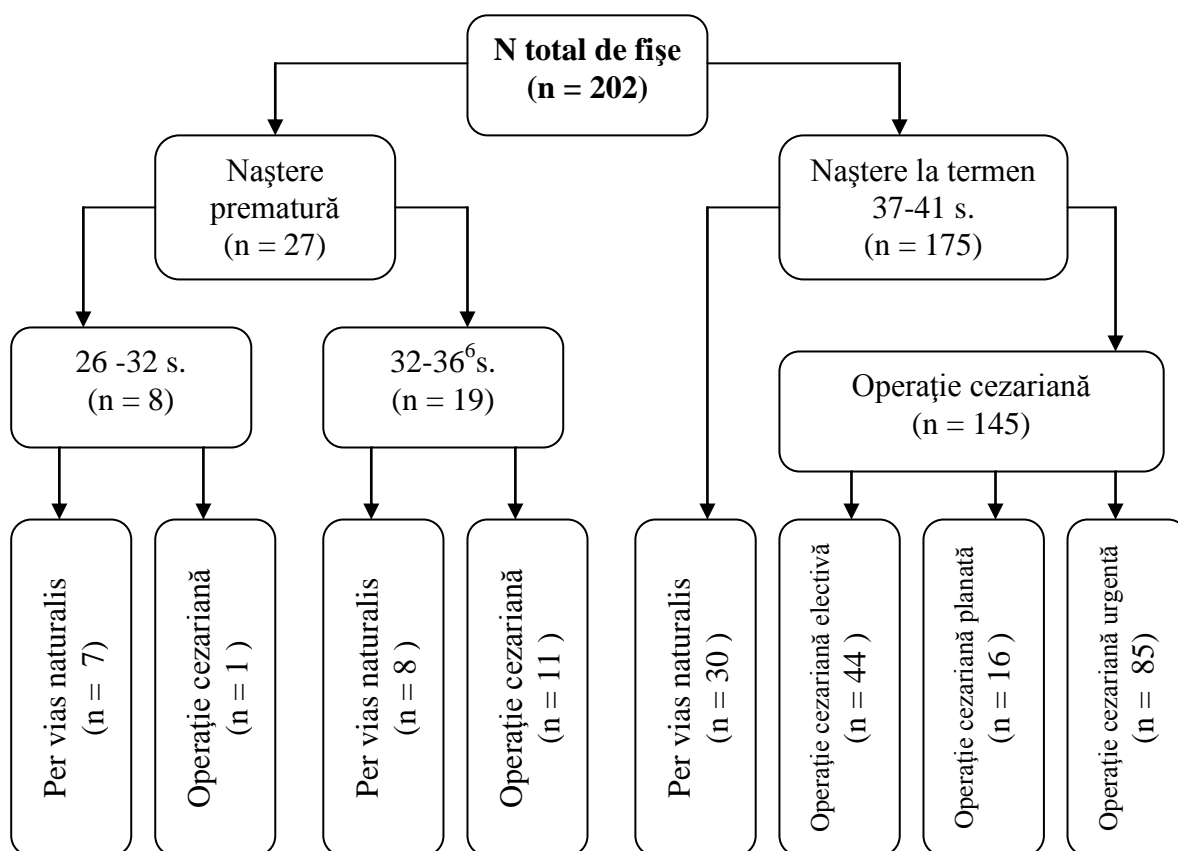


Fig. 1 Designul studiului

Criteriile de includere:

- Gravide cu vârsta gestațională 26-41 săptămâni de amenoree
- Sarcina monofetală în prezentație pelvină

Criteriile de excludere:

- Gravide cu vârsta gestațională mai mică de 26 săptămâni de amenoree
- Sarcina multiplă
- Sarcina în prezentație craniană, oblică, transversă, prezentații craniene deflectate

La toate gravide au fost studiate datele anamnezei, complicațiile gravidității, nașterii și perioadei postpartum, la fel ca și starea sănătății nou-născuților în perioada neonatală.

Termenul gestației a fost determinat după prima zi a ultimei menstruații, data primei mișcări a fătului, luarea timpurie la evidență, datele examenului obstetrical extern și USG-ei.

Evaluarea paraclinică s-a efectuat conform unui program de cercetare clinică amplă, realizat în secțiile patologia gravidelor VII (patologia inflamatorie asociată sarcinii), III (patologia generală), IV (patologia cardio-vasculară asociată sarcinii), secția obstetricală №1-2 a IMSP ICȘDOSM și C. Pe lângă metodele tradiționale de evaluare a stării intrauterine a fătului (auscultarea BCF, evaluarea caracterului activității de mișcare a fătului), la toate pacientele a fost efectuată cardiocografia.

Analiza datelor a fost realizată utilizând programul EXCEL cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestui program.

Rezultate și discuții

Incidența prezentației pelvine raportată la numărul total de nașteri a constituit 3,85% (202 cazuri din 5247 de nașteri). Se poate remarca faptul că procentul corelează cu datele din literatura de specialitate (3-4 % cazuri) [15]. Conform datelor lui Grigorean A.G. și co. prezentația fesieră se întâlnește mai frecvent (63,2-68%), mai rar fiind întâlnite prezentația pelvină mixtă (20,6-23,4%) și prezentația podalică (11,4-13,4%) [19]. În cadrul studiului nostru din toate prezentațiile pelvine prezentația fesieră a fost remarcată în 30,2 % cazuri, podalică în 20,8%, prezentație pelvină mixtă – 49 %.

Conduita nașterii în prezentația pelvină poate fi menajată în dependență de mai mulți factori. Printre acestea pot fi enumerați:

- Tipul prezentației pelvine;
- Masa probabilă a fătului și starea lui funcțională;
- Dimensiunile bazinului;
- Eficacitatea activității contractile a uterului;
- Termenul sarcinii;
- Vârsta gravidei;
- Anamneza obstetricală;
- Paritatea;
- Maturitatea colului uterin;
- Gradul de deflexie a capușorului fătului;
- Ruperea prenatală de membrane.

Incidența prezentației pelvine scade o dată cu progresarea vârstei gestaționale. Conform datelor literaturii, la termenul de sarcină 29-32 săptămîni, prezentația pelvină se întâlnește în 10-11 % cazuri iar la termenul 37-40 săptămîni. – 3-4% cazuri [15,19].

Conform părerii aceluiași grup de autori (Grigorean A.G.) prezentația pelvină se întâlnește de 2 ori mai frecvent la multipare în comparație cu nulipare [19], pe cînd conform datelor lui Paladi Gh.și co. prezentația pelvină se întâlnește mai frecvent la nulipare [15]. Rezultatele studiului nostru coincid cu datele lui Paladi Gh. și co., constituind 65,8 %. Pînă în prezent nu există date care ar confirma că nașterea în prezentație pelvină per vias naturalis la primipare este asociată cu morbiditate și mortalitate perinatală crescută, și dacă rezultatele perinatale depind de paritate [2]. Deși unii autori corelează nuliparitatea cu risc înalt al consecințelor nefaste, o mare parte a datelor literaturii contemporane sugerează păreri contradictorii, care asociază multiparitatea cu mortalitate perinatală înaltă. Minogue M. a demonstrat că mortalitatea perinatală în prezentația pelvină legată de hemoragie intracraniană posttraumatică se întâlnește atît la nulipare cît și la multipare [13]. Astfel, paritatea nu reprezintă un criteriu de evaluare a managementului nașterii în prezentație pelvină [2,13].

După părerea mai multor autori morbiditatea perinatală crescută se asociază cu prezentația podalică [14,17]. Posibilitatea apariției complicațiilor, precum ar fi prolapsul cordului și compresia căpușorului, este crescută atunci cînd cel puțin un femur este în extensie. Nașterea la parturientele cu prezentație podalică se consideră a fi prin operație cezariană [2,17]. Gimovsky and co. au efectuat un studiu randomizat, conform căruia nu a fost evidențiată o corelație între prezentația pelvină mixtă și rezultatele perinatale joase [8]. În cadrul studiului nostru metoda electivă de finisare sarcinii în prezentație podalică a fost prin operație cezariană. Astfel, din 42 de sarcini în prezentație podalică 76,5% au fost finisate prin operație cezariană, și doar în 23,5% - per vias naturalis.

Nașterea în prezentație pelvină a fătului macrosom este asociată cu riscul crescut apariției dificultății în degajarea capușorului neconfigurat. Dacă masa probabilă a fătului este mai mare de

3500g. (după datele diferitor autori), operația cezariană este indicată chiar în cazul dacă parturienta a avut în antecedente nașteri a feților macrosomi în prezentație craniană. Luând în considerație faptul că feții succesivi adesea au masa la naștere mai mare decât cei precedenți, operație cezariană în aceste circumstanțe este de elecție [2, 3]. Studiul retrospectiv efectuat de către Fortnei și co., în cadrul căruia au fost analizate 11000 de nașteri în prezentație pelvină din 86 spitale din diferite părți ale lumii, a demonstrat că morbiditatea perinatală a fost semnificativ crescută în nașteri cu masa feților > 3500 g., indiferent de modul prezentației pelvine [6]. Diferiți cercetători au propus diferite limite ale masei probabile a fătului, la care este indicată operația cezariană. Figurează cifrele ca 3500g., 3600g., 3800g., 4000g., și chiar 4500 g. [1,2,5,6]. În tentativa de a determina limita de siguranță, a fost stabilit ca începând cu 3600 g. se va indica efectuarea operației cezariene, chiar dacă dimensiunile pelvisului sunt adecvate [2]. Conform protocolului clinic standardizat instituțional a centrului perinatal de nivelul III IMSP ICȘDOSM și C, când masa probabilă a fătului se estimează a fi > 3500g., se indică finisarea sarcinii prin operație cezariană [5]. În cadrul studiului retrospectiv efectuat în clinică, cu masa mai mare de 3500 g s-au născut 51 nou-născuți (25,2%), la 88% dintre care sarcina s-a finisat prin operație cezariană și doar în 12% cazuri – per vias naturalis. O problemă aparte reprezintă subaprecierea masei probabile a fătului, des întâlnită în cazul feților macrosomi. Măsurările ultrasonografice ale diametrului biparietal cu scopul aprecierii masei probabile a fătului mai frecvent sunt eronate în cazul prezentației pelvine în comparație cu cea craniană, acest fapt fiind legat de mobilitatea capușorului la fundul uterului [2]. Conform studiului, pe parcursul anului 2011 în clinică s-au născut 15 feți cu masa > 4000g., toate nașterile fiind finisate prin operație cezariană.

Delmis J. a studiat managementul nașterii premature și a evidențiat tendința de a efectua operația cezariană în cazul nașterii premature în prezentație pelvină. Însă, există păreri contradictorii dacă anume nașterea per vias naturalis mărește rata complicațiilor în cazul feților prematuri cu masa mică. Cu toate că un studiu retrospectiv sugerează morbiditatea neonatală mărită, nu există studii randomizate care ar elucida beneficiile operației cezariene contra nașterii per vias naturalis în cazul feților prematuri în prezentație pelvină. Ultimii au risc crescut de a avea traumă la naștere în comparație cu prematurii în prezentație craniană [2]. Totuși, detresa respiratorie la făt, scor Apgar jos, hemoragie intracraniană, trauma la naștere și afecțiunile neurologice succesive sînt frecvent întîlnite la feții prematuri în prezentație pelvină, indiferent de modul de naștere [2, 4]. În cazul feților prematuri, diferența între circumferința craniană și toracelui este și mai pronunțată în comparație cu feții la termen. Astfel, în timpul nașterii toracele și extremitățile inferioare trec prin colul uterin, însă ultimul nu este adecvat dilatat pentru trecerea capușorului fetal fără traumatism sever. Weiner, spre exemplu, permite nașterea pe cale vaginală dacă vârsta gestațională este mai mare de 32 s., și termenul de 26 s. – limita de jos, la care operație cezariană încă poate fi un beneficiu [17]. Conform protocolului clinic standardizat instituțional al centrului perinatal de nivelul III IMSP ICȘDOSM și C se recomandă efectuarea operației cezariene la masa fătului < 2000g [5]. Deși, în clinica IMSP ICȘDOSM și C pe parcursul anului 2011 din 8 sarcini în prezentație pelvină cu vârsta gestațională < 32 săptămîni, 7 nașteri s-au finisat per vias naturalis.

La analiza stării funcționale a nou-născutului în prezentație pelvină per vias naturalis, asfloxia nou-născutului a fost înregistrată în 3 cazuri (6,8 %), iar traumatismul obstetrical a fost observat în 4 cazuri, ceea ce constituie aproximativ 9% din numărul nașterilor în prezentație pelvină. Nota Apgar medie obținută în primul și respectiv al 5-lea minut de viață la nou-născuți în prezentație pelvină a fost 7-8 puncte. În cazurile nașterilor per vias naturalis în prezentație pelvină nu a fost înregistrat nici un caz de mortalitate perinatală.

Nașterea în prezentație pelvină poate avea adesea un debut patologic, manifestîndu-se prin ruperea prematură a pungii amniotice, anomaliiile forțelor de contracție, prolabarea de cordon ombilical sau procedența părților mici ale corpului, ceea ce impune finisarea sarcinii prin operație cezariană urgentă [9,16,19]. Pe parcursul anului 2011 din totalul nașterilor în prezentație

pelvină în 4 cazuri nașterea s-a complicat cu procedența/prolabarea cordonului ombelical, în 2 cazuri s-a constatat procedența părților mici ale corpului – într-un caz manifestându-se prin procedența de mînuță și în altul – procedența de picioruș. În 105 cazuri (52%) sarcina s-a complicat cu ruperea prenatală a pungii amniotice, asociindu-se adesea cu căile de naștere biologic nepregătite și finisîndu-se prin operație cezariană.

Ineficacitatea metodelor de corecție antenatală a prezentației pelvine (versiunea cefalică externă, gimnastica curativă), nivelul înalt mortalității și morbidității perinatale în timpul nașterii per vias naturalis determină creșterea ratei operației cezariene conform datelor literaturii pînă la 70-80% [12,18,19]. Pentru clinica IMSP ICȘDOSM și C acest procent a constituit 78% (158 din 202), care corespunde datelor din literatură de specialitate. Incidența operației cezariene planice în prezentație pelvină variază de la 15 pînă la 45 %[19]. În IMSP ICȘDOSM și C această incidență a constituit 31,6%. Indicația pentru operație cezariană electivă mai frecvent reprezintă asocierea mai multor factori, precum ar fi: uter cicatriceal postcezarian (20 cazuri), miom uterin (7 cazuri), uter bicorn (27 cazuri), căile de naștere biologic imature (119 cazuri), masa probabilă a fătului > 3500g.(51 cazuri).

Conform datelor bibliotecii Cochrane, ediția 3, 2004 despre compendiul care a inclus datele a 3 studii (2396 cazuri), rezultă faptul că operația cezariană planică în comparație cu nașterea per vias naturalis în prezentație pelvină monofetală la termen comportă în sine micșorarea mortalității și morbidității perinatale cu creșterea neînsemată a morbidității materne de scurtă durată[10]. Date asemănătoare au fost obținute în baza studiilor randomizate în 121 centre din 26 țări (1997-2000) conform cărora operația cezariană planică micșorează riscul mortalității și morbidității perinatale [11].

În prezent atenția medicilor obstetricieni-ginecologi este îndreptată asupra corecției prezentației pelvine prin versiunea cefalică externă [19]. Necătfînd la faptul că nu există dovezi certe despre impactul negativ al acestei metode, majoritatea obstetricienilor din diferite țări ale lumii preferă finisarea sarcinii prin operație cezariană [7,10,11]. În cadrul IMSP ICȘDOSM și C nu se practică versiunea cefalică externă în cadrul prezentației pelvine monofetale.

Concluzii

1. Incidența prezentației pelvine în IMSP ICȘDOSM și C în cadrul studiului retrospectiv a constituit 3,85% (202 cazuri din 5247 de nașteri). Acest procent corelează cu datele din literatura de specialitate (3-4 % cazuri)[15].

2. Prezentația pelvină se întîlnește mai frecvent la nulipare (65,8 %), paritatea însă nu reprezintă un criteriu de evaluare a managementului nașterii în prezentație pelvină [2].

3. Masa probabilă a fătului ≥ 3500 g. constituie limita începînd cu care se indică finisarea sarcinii în prezentație pelvină prin operație cezariană [5]. Conform studiului efectuat rata operației cezariene în cazul masei probabile > 3500g. a constituit 88%.

4. Rata operației cezariene la sarcina în prezentație pelvină a constituit 78% (158 din 202), ce corespunde datelor literaturii de specialitate 70-80% [18,19].

5. În cadrul prezentației pelvine monofetale la termen operația cezariană programată, în comparație cu nașterea per vias naturalis programată, reduce rata mortalității și morbidității perinatale cu creșterea neînsemată a morbidității materne - conform datelor bibliotecii Cochrane [10].

Bibliografie

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of breech presentation. ACOG technical bulletin No. 95, 1986
2. Ariel Wissman, Zion J. Hagay. Management of breech presentation: The 1993 Israeli census// European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 60 (1995), p.21-28

3. Bariov K, Larsson G. Results of a 5-year prospective study using a fetopelvic scoring system for term singleton breech delivery after uncomplicated pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 3 15-9.
4. Colleau JV. The intrapartum management of breech presentation. *Clin Perinatol* 1982; 8: 173-81.
5. Diug V. Prezentare pelvină// Protocolul clinic standardizat instituțional pentru medicii obstetricieni-ginecologi din secțiile de obstetrică a centrului perinatal de nivelul III IMSPICȘDOSMșiC, 2010
6. Fortney JA, Higgins JE, Kennedy KI, Laufe LE, Wilkens L. Delivery type and neonatal mortality among 10 749 breeches. *Am J Public Health* 1986; 76: 980-S.
7. Francois Goffinet and co. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium// *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 194, 1002–11
8. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the non-frank breech presentation at term: A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 143: 34-40.
9. Gina Lowdon. Breech Presentation. Caesarean operation versus normal birth// *AIMS Journal* Autumn 1998, Vol 10 No 3
10. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery (Review)// *The Cochrane Collaboration*, 2007
11. Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila A Hewson, Ellen D Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R Willan. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial// *The Lancet*, Volume 356, Issue 9239, Pages 1375 - 1383, 21 October 2000
12. Michel S., A. Drain, E. Closset, P. Deruelle, A. Ego, D. Subtil. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term// *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 158 (2011) 194–198
13. Minogue M. Vaginal breech delivery in multiparae - National Maternity Hospital. *J Irish Med Assoc* 1974; 67: 117-9.
14. Morgan HS, Kaue SH. An analysis of 16 327 breech births. *J Am Med Assoc* 1964; 187: 108-10.
15. Paladi Gh., Cernetchi O. *Obstetrica patologică*, vol.II, 2007 p. 501-531
16. Rovinsky JJ, Miller JA, Kaplan S. Management of breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 115: 497-513.
17. Weiner CP. Vaginal breech delivery in the '90s. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 559-69.
18. Мусаев О.Х., Мусаева К.О., Раджабова Ш.Ш. Акушерские и перинатальные аспекты тазового предлежания плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов// *Российский вестник акушера-гинеколога* 4, 2010, стр.32-34
19. Григорян А.Г., Григорян Т.М, Хачатрян А.Э. К вопросу ведения родов при тазовых предлежаниях плода// *“Медицинский вестник Эрбуни”*, 1.2005 (23),64-67