ПРИЧИНИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ ПРИ СЕДАЛИЩНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ НА ПЛОДА

П. Петров

Акушеро-гинекологично отделение, МБАЛ „Св. Мина" – Пловдив

Резюме. *През последните десетилетия перинаталната детска смъртност, свързана с раждане в седалищно предлежание, се понижи драстично. На първо място, заслугата е на цезаровото сечение. Въпреки че напоследък се чуват доста мнения за ограничаване на приложението му, в момента sectio caesarea е най-добрият метод в помощ на акушера, водещ седалищно раждане. Понастоящем у нас седалищното предлежание не се приема само по себе си като индикация за секцио. Общовалидна обаче е максимата седалищно раждане плюс още един рисков фактор да е равно на цезарово сечение.*

Ключови думи: *седалищно раждане, седалищно предлежание, цезарово сечение*

P. Petrov. *GROUNDS FOR CAESARIAN SECTION IN BREECH PRESENTATION*

Summary: *During the last decades, perinatal mortality associated with breech delivery has drastically decreased, mainly on behalf of Caesarian section. Although the number of recent opinions on its limited use is considerable, Caesarean section remains the best obstetric method in breech delivery. Currently, the breech presentation itself is not an indication for Caesarian section. However, breech presentation combined with one or more risk factors, is axiomatically resolved through Caesarian section.*

Key words: *breech delivery, breech presentation, caesarian section*

Водещият седалищно раждане трябва да бъде много добре запознат с идникациите за цезарово сечение, активно да ги търси и да мисли за тях още от поставянето на диагнозата седалищно предлежание (СП). Най-често към section caesarea при СП, се подхожда в определени случаи:

1. Тесен таз. Докато при наличие на тесен таз първа степен (conjugata vera obstetrica = 9-11 cm) и плод (особено с не много големи размери), разположен в тилно предлежание, можем да се мисли за вагинално раждане, при СП единственото адекватно поведение е извършването на планово цезарово сечение. Опитът за вагинално раждане в тези случаи би довел до редица неблагоприятни последствия от травматично естество както за майката, така и за плода.

Нормалните размери на таза също невинаги изключват пелвео-феталната диспропорция. При много едър плод са възможни затруднения въпреки нормалните размери на conjugata vera, т.е. говорим за функционално тесен таз (таз с нормални размери, но неотговарящ на повишените пространствени изисквания на плода) [34].

За да изключим последната „аномалия", е необходимо задължителното провеждане на ултразвукова биометрия на феталната глава и съпоставяне на размерите ù с тези на таза. Размерът на бипариеталния диаметър на плода, гарантиращ нормално протичане на раждането, се равнява на размера на conjugata vera минус два сантиметра при първескини (BPD = CV – 2 cm) и минус 1,5 cm при многораждали (BPD = CV – 1.5 cm).

Таблица 1. Пелвео-фетален индекс за раждане при първескини с плод в седалищно предлежание [H. Ohelsen, 1975]

Точки	Conjugata vera (cm)	Предварително определено тегло на плода
1	> 12.0	> 2500
2	> 11.5	> 3000
3	> 11.0	> 3500
4	> 11.0	> 4000

В помощ на лекаря при установяването на пелвео-фетална диспропорция е и въведеният от H. Ohelsen през 1975 г. пелвео-фетален индекс, който, оценявайки с точки размерите на conjugata vera и теглото на плода, дава ясна представа за пространствените възможности на родовия път (табл. 1). Резултат, надвишаващ пет точки, означава наличие на ПФД и предполага прецизиране на поведението.

2. Вече правено цезарово сечение. Въпреки че не сме абслолютни последователи на правилото *веднъж секцио – винаги секцио*,

смятаме, че в случаите на прекарано веднъж цезарово сечение, което се комбинира със седалищно предлежание през настоящата бременност, няма друга алтернатива освен родоразрешението чрез повторно ЦС.

При наличието на маточен цикатрикс никога не можем да бъдем сигурни в крайния изход от толкова продължителен и обременяващ процес като седалищното раждане.

Особено внимателни трябва да бъдем по отношение наличието на миналите индикации, довели до цезарово сечение. Ако към настоящата бременност те персистират (напр. тесен таз), няма място за опити за вагинално раждане без значение предлежанието на плода, а при седалищно предлежание това важи в още по-голяма степен [6].

3. Предлежаща плацента. Случаите с placenta praevia крият значителен риск за майката и детето дори и при най-благоприятното тилно предлежание и даже при него твърде често се стига до цезарово сечение. Но ако при главичните предлежания често пъти имаме възможност за избор в поведението си в зависимост от вида на pl. praevia (при маргинална и парциална е напълно допустимо вагинално раждане), при седалищно предлежание няма място за такъв.

Единствените случаи на СП с pl. praevia, при които можем да предприемем вагиално раждане, са тези с мъртъв плод. Тогава поведението е: след получаване на разкритие пукаме околоплодния мехур. Залавяме едното краче на плода и го спускаме навън, след което го завързваме с бинт на края, на който е прикрепена тежест от 500 g. Целта е да се получи тампониране на кървенето от прилежащото седалище, а заедно с това – и постепенна дилатация на цервикалния канал [30].

4. Тежки късни токсикози – прееклампсия и еклампсия. При тежко, трудно за овладяване протичане на тези състояния и нужда от бързо родоразрешение извършването на цезарово сечение е абсолютно необходимо. В още по-голяма степен това важи за случаите, когато плодът е в седалищно предлежание и евентуално вагинално раждане допълнително би забавило родилния процес.

5. Абрупцио плаценте. Отлепването на плацентата често става индикация за цезарово сечение и при главично предлежание, но при седалищно неговата стойност се увеличава. Основанията за това са понятни.

6. Ретардиран плод или плод с малко за гестационната възраст тегло. Малката телесна маса е свързана с намалени резерви от страна на плода и такъв плод трудно би понесъл предизвикателствата на едно вагинално раждане при седалищно предлежание.

Смятаме, че плод с телесна маса под 2000 g трябва да се родоразрешава чрез цезарово сечение, независимо от предлежанието му.

При плод с маса 2000-2500 g и задно-тилно предлежание може да се опита вагинално раждане, но при комбинирането на тази телесна маса със седалищно предлежание извършването на цезарово сечение е задължително.

Трябва обаче да отбележим, че съществуват и няколко мащабни проучвания на M. Rosen, St. Myers и др., според които няма разлика в перинаталната детска смъртност между плод в седалищно предлежание, роден чрез цезарово сечение, и родените per vias naturalis [19].

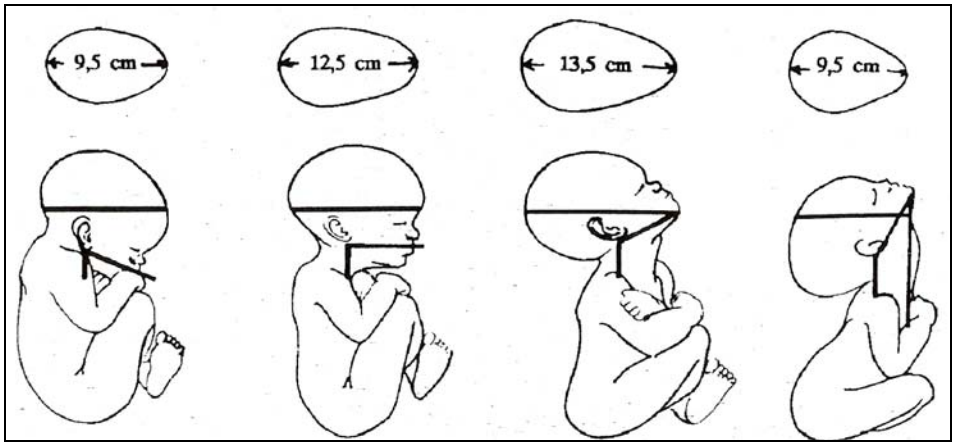
7. Дефлексия (хиперекстензия) на феталната глава. Нормално феталната глава е в положение на флексия, т.е. брадичката се разполага максимално близо до гърдите на плода. Ъгълът между долната челюст и гръбначния стълб на плода е по-малък от 90˚. При раждане главата преминава със своя най-малък диаметър – diameter suboccipitobregmatica – 9.5 cm. Съответната обиколка – circumferentia suboccipitobregmatica, е с дължина 32 cm. Това положение на детската глава е най-благоприятно за изхода на седалищното раждане [21].

За съжаление невинаги главата на плода в СП се намира във флексия. При 6-7% от случаите тя е разположена в положение на дефлексия, което може да се окаже проблем за по-нататъшното протичане на раждането. За дефлексия приемаме всички случаи, в които ъгълът между долната челюст и гръбначния стълб на плода е равен или по-голям от 90˚. Различаваме три степени на дефлексия (фиг. 1):

А. Умерена дефлексия – ъгълът между долната челюст и гръбначния стълб на плода е равен на 90˚. При това положение главата би се родила с diameter suboccipitofrontalis с дължина 12.5 cm и със съответстващата му circumferentia suboccipitofrontalis = 33 cm. Разликата от три сантиметра между този диаметър и предходния допълнително обременява процеса на раждане на главата [21, 28].

Б. Изразена дефлексия – ъгълът между мандибулата и гръбначния стълб на плода е между 90˚ и 145˚. Главата се ражда с най-големия си диаметър – diameter mentoocipitalis – 13.5 cm, и с максималната си циркумференция – maxiloparietale posterior – 35.5 cm.

В. Максимална (пълна) дефлексия – хиперекстензия. При това положение ъгълът между гръбначния стълб и мандибулата на плода е по голям от 145˚. Долната челюст на плода е максимално отдалечена от гърдите му. Гръбначният стълб приема S-образна форма и състояние на опистотонус. Пълната дефлексия е свързана с по-малък предно-заден диаметър на главата – diameter trachelobregmatica – 9.5 cm, но това по никакъв начин не улеснява родилния процес.



Фиг. 1. Степени на дефлексия на главата на плода в седалищно предлежание (Кацулов). От ляво на дясно – пълна флексия, умерена дефлексия, изразена дефлексия и максимална дефлексия (хиперекстензия)

Хиперекстензията е едно от най-сериозните усложнения при седалищно предлежание и е абсолютна индикация за цезарово сечение.

Вагиналното раждане на плод в СП, с глава в дефлексия е свързано със значително увеличаване на процента на травми на главата и шийната част на гръбначния стълб, вътречерепни кръвоизливи, субдурални хематоми, увреждания на малкия мозък, разкъсвания на тенториума, а най-тежките случаи са свързани с трайни парализи или смърт на плода [21].

Според Hannah и сътр. родовият травматизъм при раждане в СП + глава в дефлексия се увеличава четири пъти, а перинаталната детска смъртност – два пъти. Изследвания на други автори по същия въпрос показват сходни резултати.

Имайки предвид тези данни и самия механизъм на раждането при дефлексия на главата в СП, смятаме, че най-добрият начин за родоразрешаване в случая е цезаровото сечение.

Някои автори съветват дефлексията на главата при СП да бъде показание за ЦС само в случаите, когато тя е пълна, т.е. само при хиперекстензия. Нашият опит показва, че дори и по-малките степени на дефлексия могат да доведат до сериозни усложнения или в хода на раждането да преминат в хиперекстензия и затова най-добре е родоразрешението да става със sectio caesarea при всички положения на главата, различни от пълната флексия.

Най-добре дефлексията на главата може да бъде диагностицирана с ЯМР или рентген. Високата цена на първото изследване най-често ни кара да прибягваме към второто, въпреки че то е натоварващо за плода. Сериозността на конкретния случай обаче прави използването му напълно обосновано.

Ултразвуковите данни също биха били от полза, особено при съмнения за друга аномалия, довела до състоянието.

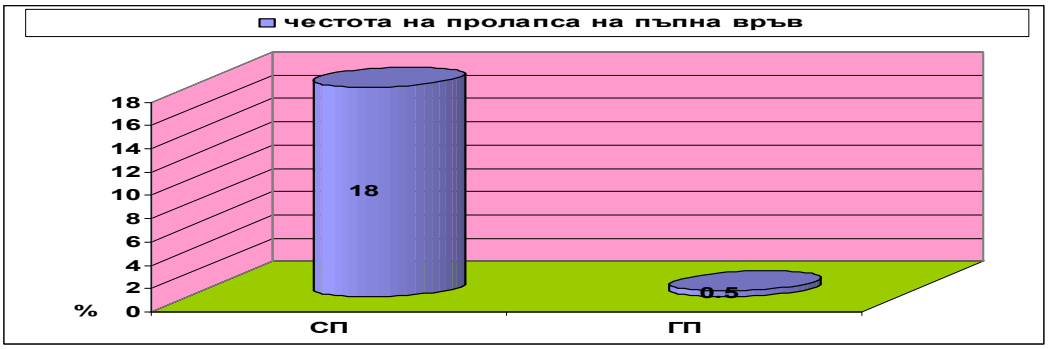
При липса на условия за цезарово сечение и умерена дефлексия на главата е възможно в хода на раждането да се опита чрез натиск върху fundus uteri нейното флектиране. Има описани и случаи на спонтана флексия вследствие само на действието на маточните контракции [6, 21].

8. Седалищно-краково предлежание. Това предлежание се приема за най-неблагоприятно по отношение прогнозата за изхода от евентуално вагинално раждане. Причините се крият в твърде малкия диаметър на предлежащата част, чиято обиколка тук варира в рамките на 24 cm при пълното и 25 cm при непълното, и често става причина за протрахиране на раждането със забавяне на периода на разкритието.

Недобрата дилатация често пъти води до последващи разкъсвания по време на изгонването на детската глава.

Друг съществен проблем при седалищно-краковото раждане е твърде честото пролабиране на пъпната връв, дължащо се на липсата на добър пръстен на съприкосновение. Според Piper и сътр. проблеми с пъпната връв се срещат при 18% от всички раждания в седалищно-краково предлежание (фиг. 2).

Нашето мнение е, че е по-добре да се приеме поведение, свързано с планово цезарово сечение още при поставяне на диагнозата седалищно-краково предлежание, отколкото да се премине към секцио по спешност в хода на вагинално раждане поради пролабирала пъпна връв.



Фиг. 2. Честота на пролапса на пъпната връв при главично и седалищно предлежание

9. Фетални аномалии. Феталните аномалии твърде често стават причина за цезарово сечение поради възпрепятстване механизма на раждането при СП. Диагностицирането им трябва да бъде свързано с много добра преценка на поведението и конкретните условия и възможностите на родовия път. Най-често причина за ЦС стават:

А. Хидроцефалия. Неразпознаването ù може да стане причина за протрахиране на раждането със заклещване главата на плода. По-големите размери на феталната глава в комбинация с недостатъчната дилатация, съпътстваща по принцип седалищните раждания, стават честа причина за сериозни разкъсвания на родовия път и най-вече на маточната шийка и влагалищните сводове.

Б. Тумори. Те могат съществено да затруднят дори раждането в нормално тилно предлежание. Наличието на тумори с големи размери, особено в абдоминалната и шийната област на плода, е сериозно предизвикателство пред водещия раждането в седалищно предлежание.

Добрата диагноза при тези състояния и своевременното ориентиране към планово цезарово родоразрешаване биха спестили доста евентуални критични моменти.

10. Фетална макрозомия. Според повечето автори по-големите размери на плода (плод над 4000 g) са само относителна индикация за извършването на цезарово сечение при седалищно предлежание. Ние смятаме, че трябва да се подходи според конкретната ситуация. Ако жената е нераждала, комбинацията от по-стегнати родилни пътища и едър плод е достатъчно сериозно показание за извършване на цезарово сечение.

Ако жената е раждала нормално, плодът не е прекалено голям (3500-4000 g) и при липса на каквито и да е други, утежняващи ситуацията условия, може да се мисли за опит за вагинално раждане [22].

11. Маточна патология.

А. Цикатрикси от извършени преди оперативни интервенции, нарушаващи целостта на маточната стена. Най-често се отнася за консервативни миомектомии и цезарови сечения. Както вече бе споменато, при наличието на маточен цикатрикс трудно можем да бъдем сигурни в крайния изход от толкова сериозен и обременяващ процес като седалищното раждане. Големият брой на мануални въздействия, които прилагаме върху плода при седалищно раждане, натоварващи и матката, е несъвместим с компромиси в здравината на маточната стена.

Воденето на раждане per vias naturalis при плод в СП и матка с цикатрикси е допустимо, само ако няма условия за извършване на цезарово сечение. В такива случаи трябва да бъдат установени особеностите на цикатрикса, като: местоположението му, големината му, протичането на постоперативния период, както и активно да се мисли за ранните симтоми за предстояща дехисценция.

Б. Тумори – често стават причина за трайното установяване на плода в седалищно предлежание. Най-често съпътстващият бременността тумор е myoma uteri. Установяването му в долния утеринен сегмент при бременни матки много често е свързано със седалищно положение на плода, което се запазва до термин поради липса на пространствени възможности за извършването на спонтанно верзио.

Раждането по естествен път в такива случаи би било твърде затруднено или изобщо невъзможно, затова и тук най-рационалният избор на поведение е свързан с извършване на цезарово сечение.

В. Вродени малформации. Поведението се определя от вида им и отношението им към родилния процес. Към цезарово сечение се прибягва във всички случаи, когато се прецени, че конкретната малформация би възпрепятствала нормалното раждане [31].

12. Допълнителни обременяващи фактори:

– ригидна и плътна шийка – вероятността от разкъсвания е твърде голяма, особено при похвати, приложени в последния момент и изискващи максимално бързо осъществяване;

– перинеални цикатрикси – значително ограничават еластичността на перинеума и много често стават причина за нови разкъсвания. Според конкретните особености на случая (големина, разположение на цикатрикса, еластичност на тъканите) горното показание може да бъде причислено както към абсолютните, така и към относителните индикации за извършване на цезаровосечение при СП на плода [34].

Относителни индикации за извършване на цезарово сечение при плод в седалищно предлежание са:

– обезитас – наднорменото тегло и най-вече дебелата подкожна мастна тъкан на корема могат в значителна степен да възпрепатстват както осъществяването на екстраутеринните похвати за превеждане на плода в главично положение, така и извършването на цезарово сечение;

– диабет – когато е добре коригиран, т.е. жената е трайно в нормогликемия, не създава никакви проблеми пред раждането по естествен на плод в СП;

– преносена бременност – при биологичната преносена бременност има голяма вероятност плодът да е страдал, дехидратиран и с намалено количество на околоплодните води. Хронологичната преносена бременност пък много по-често е свързана с по-големи размери на плода (плод > 4000 g). И в двата случая СП допълнително би увеличило рисковете от едно раждане по нормален път;

– възрастна първескиня > 35 год. – поведението се определя според конкретните особености на случая;

– подвижно седалище – при липса на други показания за ЦС и неангажиране на предлежащото седалище въпреки установяването на регулярни контракции, трябва активно да се мисли за скрити причини, довели до установяването на плода в СП (дискретен тесен таз, промени в мекия родов път и др.);

– стерилитет;

– драгоценен – дългоочакван плод;

– нефропатия;

– предшестващо неуспешно раждане (табл. 2).

При всички останали случаи към ***спешно цезарово сечение*** може да се премине в хода на самото раждане, ако:

– при пълно разширение седалището не навлиза в тазовата празнина;

– пролабира пъпната връв на плода;

– се установи рязко спадане на детските сърдечни тонове, което винаги е белег за настъпило фетално страдание;

– има вторична родова слабост;

– се установи динамична дистокия;

– настъпи асфиксия на плода и липса на условия за бързо вагинално родоразрешаване. От съществена важност за диагностицирането ùса данните от стандартната и доплеровата ехография и акушерския монитор.

Таблица 5. Индикации за цезарово сечение при седалищно предлежание (по Ж. Андреев)

Индикации за sectio caesarea	Брой индикации	% на 100 индикации	% на 100 жени със СП и sectio caesarea
1. Възрастна първескиня	42	16,5	36,5
2. Родова слабост	27	10,6	23,5
3. Едър плод	26	10,2	22,6
4. Преносване	26	10,2	22,6
5. Хабитуални спонтанни аборти	19	7,4	16,5
6. Интраутеринна асфиксия	18	7,1	15,6
7. Прекарани операции (секцио, екстраутеринна, перфорацио утери и др.)	15	5,9	13,0
8. Изтекли води без родова дейност	13	5,1	11,3
9. Стерилитет	12	4,7	10,4
10. Нефропатия	12	4,7	10,4
11. Тесен таз	9	3,5	7,8
12. Силно желание за дете	7	2,7	6,1
13. Двурога матка	6	2,3	5,2
14. Прехождащо седалищно предлежание (мъртвородено)	4	1,6	3,5
15. Отклонено седалище в хода на таза (към косо)	3	1,2	2,6
16. Предшестващо мъртвораждане (неседалищно)	2	0,8	1,0
17. Удължен период наизгонване	3	1,9	2,6
18. Placenta praevia	2	0,8	1,0
19. Други (краково предлежание, прекаран белодробен процес, пролапс на ръка, диабет,сърдечен порок, обширни остри кондиломи на вулвата, хипопластично влагалище, разкъсани меки родови пътища, пролапс на пъпната връв при чисто СП – по един път)	9	3,5	7,8
Всичко	**255**	**100**	

Библиография

1. B e c r o f t, D. M. et T. R. Gunn. Prenatal cranial haemorrhages in 47 Pacific Islander infants: is traditional massage the cause? – N. Z. Med. J., **102**, 1989, № 867, 207-210.
2. B e r g e r, R. et al. The prognostic value of magnetic ressonance imaging for the management of breech delivery. – Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., **55**, 1994, 97.
3. B u e k, J. D. et al. "Successful external cephalic version after amnioinfusion in a patient with preterm premature rupture of membranes". – Am. J. Obstet. Gynecol., **192**, 2005, № 6, 2063-2064.
4. C a r l a n, S. J., J. M. Dent et T. Huckaby. The effect of epidural anesthesia on safety and success of external cephalic version at term. – Anesth. Analg., **79**, 1994, № 3, 525-528.
5. C h a d d h a, Y. C. et al. Breech delivery and epidural analgesia. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **99**, 1992, 96.
6. C o l l e a, J. V. et al. The randomized management of term breech presentation: a study of 208 cases. – Am. J. Obstet. Gynecol., **137**, 1980, 235-244.
7. C o o k, H. A. Experience with external cephalic version and selective vaginal breech delivery in private practice. – Am. J. Obstet. Gynecol., **168**, 1993, (6 Pt 1), 1886-1889; discussion 1889-18890.
8. C r o u g h a n - M i n i h a n e, M. S. et al. Morbidity among breech infants according to method of delivery. – Obstet. Gynecol., **75**, 1990, 821.
9. D e L e e, J. B. Anomalies of the passengers The principles and practice of obstetrics. 7a. Ed. W.B. Sauders Company, Philadelphia, 1940, p. 690.
10. D e e r i n g, S. et al. Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. – Obstet. Gynecol., **107**, 2006, № 1, 86-89.
11. D e e r i n g, S. et al. Improving resident competency in the management of shoulder dystocia with simulation training. – Obstet. Gynecol., **103**, 2004, № 6, 1224-1228.
12. D e e r i n g, S. H. et A. J. Satin. Teaching infrequently used skills: vaginal breech delivery. [comment]. – Obstet. Gynecol., **104**, 2004, № 1, 191-192.
13. D r a y c o t t, T. et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? – BJOG, **113**, 2006, № 2, 177-182.
14. F e r g u s o n, J. E. 2nd, Dyson DC: Intrapartum external cephalic version. – Am. J. Obstet. Gynecol., **152**, 1985, № 3, 297-298.
15. F r y e, Anne. Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice, Vol. I, Care During Pregnancy. Labrys Press, 1995.
16. G a b b e, Steven; Niebyl, Jennifer; and Simpson, Joe Leigh (Eds). Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 4th edi-

tion. Churchill Livingstone, 2002.
17. G i f f o r d, D. S., E. Keeler et K. L. Kahn. Reductions in cost and caesarean rate by routine use of external cephalic version: A decision analysis. – Obstet. Gynecol., **85**, 1995, № 6, 930-936.
18. G o c k e , S. E. et al. Management of the nonvertex second twin: primary cesarean section, external version, or primary breech extraction. – Am. J. Obstet. Gynecol., **161**, 1989, № 1, 111-114.
19. G r a v e s , W. Breech delivery in 20 years of practice. – Am. J. Obstet. Gynecol., **137**, 1980, 229.
20. G r e e n, J. E., F. McLean, L. P. Smith et R. Usher. Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced in incidence of birth asphyxia, trauma, and death? – Am. J. Obstet. Gynecol., **142**, 1982, (6 Pt 1), 643-648.
21. H a l l, H. Hyperextension of the head in breech presentation. – BJOG, **59**, 1952, № 2, 244-245.
22. H a r d y, J. Intergenerational recurrence of breech delivery. – BMJ, **336**, 2008, 843-844.
23. H a r o l d, E. Uncritical Acceptance of Clinical Trials wart bmj.com, **15**, 2004.
24. J o h a n s o n, R. B., V. Menon, E. Burns E et al. Managing Obstetric Emergencies and Trauma (MOET) structured skills training in Armenia, utilising models and reality based scenarios. – BMC Medical Education, **2**, 2002, № 1, 5.
25. J o r d a n, B. External cephalic version Women and Health, **7**, 1982, № 3-4, 83-101.
26. K a s u l e, J., T. H. Chimbira, et I. M. Brown. Controlled trial of external cephalic version. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **92**, 1985, № 1, 14-18.
27. L e o n, J. Obstetricia practica. Presentacion pelviana. Libreria "El Ateneo" Editorial, Buenos Aires, 1953.
28. M a n n, L. I. et J. M. Gallant. Modern management of the breech delivery. – Am. J. Obstet. Gynecol., **134**, 1979, 611.
29. M o r r i s o n, J. J. et al. Obstetric pelvimetry in the UK: An appraisal of current practice. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **102**, 1995, 748.
30. M y e r s, S. A. et N. Gleicher. Breech delivery: Why the dilemma? – Am. J. Obstet. Gynecol., **156**, 1987, № 1, 6-10.
31. N o r d t w e i t, T. I. et al. Maternal and paternal contribution to intergenerational recurrence of breech delivery: population based cohort study, 2008.
32. O ' G r a d y, J. P. et al. External cephalic version: a clinical experience. – J. Perinatal. Med., **14**, 1986, № 3, 189-196.
33. P e p , V. S. et al. Low concentrations of maternal thyroxin during early gestation: a risk factor of breech presentation? – BJOG, **111**, 2004, № 9, 925-930.
34. P e n n, Z. J. et P. J. Steer. How obstetricians manage the problem of preterm delivery with special reference to the preterm breech. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **98**, 1991, 531-534.
35. S c h a c h t e r, M., S. Kogan et I. Blickstein. External cephalic version after previous cesarean section – a clinical dilemma. – Int. J. Gynecol. Obstet., **45**, 1994,17.
36. S c h e e r, K. et J. Nubar. Variation of fetal presentation with gestational age. – Am. J. Obstet. Gynecol., 1976, 125, 269.
37. W a l l a c e, R. L. et al. External cephalic version with tocolysis. Observations and continuing experience at LAC/USC Medical Center. – J. Reproductive Med., **29**, 1984, № 10, 745-748.
38. W e s t g r e n, M. et al. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **92**, 1985, № 1, 19-22.

Адрес за кореспонденция:
Д-р Петър Христов Петров, дм
МБАЛ „Св. Мина"
ул. "Весела" № 5
Пловдив
0898809490, 0878580908

Постъпила – 29.05.2009 г.