

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ведення вагітності і пологів при тазових передлежаннях (код курсу 4.1.3.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

I. Мета заняття

Однією з найважливіших соціальних проблем медицини є зниження перинатальної смертності. Мертвонародженість при тазових передлежаннях залишається високою і дотепер. Тому раціональне ведення вагітності та пологів при цій патології буде допомагати поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика пізніх термінів вагітності.
2. Анатомія кісткового тазу.
3. Будова голівки плода.
4. Визначення передбачуваної маси плода.
5. Аускультация плода.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття тазового передлежання плода.
2. Причини виникнення тазового передлежання.
3. Класифікацію тазових передлежань.
4. Методи діагностики тазових передлежань.
5. Особливості перебігу вагітності та пологів при тазових передлежаннях.
6. Методи корекції, що використовуються при тазових передлежаннях.
7. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
8. Техніку проведення допомоги за Цов'яновим I та II.
9. Техніку класичної ручної допомоги по звільненню плечового поясу та голівки плода.
10. Можливі ускладнення під час пологів при тазовому передлежанні плода та їх профілактика

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Пологова зала.
4. Фантомний клас.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Газове передлежання плода».
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
5. Фантоми

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Дати оцінку методам діагностики тазових передлежань		+	

	(прийоми Леопольда, піхвове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД)			
2.	Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода		+	
3.	Продемонструвати на фантомі методи допомоги за Цов'яновим I та II		+	
4.	Продемонструвати на фантомі класичну ручну допомогу для звільнення плечового поясу та голівки плода		+	
5.	Скласти план ведення пологів при тазовому передлежанні плода.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Причини тазових передлежань.
2. Особливості ведення пологів при тазових передлежаннях (ускладнення).
3. Принципи ведення вагітних із сідничними передлежаннями у ЖК.
4. Профілактика ускладнень.
5. Покази до екстракції плоду за тазовий кінець, до низведення ніжки.
6. Методи надання допомоги при тазових передлежаннях (на фантомі) по Цов'янову I, II та класичної ручної допомоги.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести аускультацию серцебиття плода при вагітності та оцінити її результати.
2. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними кардіотокографії.
3. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.
4. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними доплерометрії кровотоку у артерії пуповини при вагітності.
5. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускультативної та кардіотокографії у пологах;
6. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок меконію.
7. Визначити тактику ведення вагітності у пацієток с дистресом плода.
8. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с тазовим передлежанням плода.

Тестові завдання

1. Вагітність 38-39 тижнів. Головне передлежання, перша позиція, передній вид. Проведено дослідження біофізичного профілю плода і встановлено за 30 хвилин спостереження: дихальних рухів -2; рухів плода -4; кінцівки плода зігнуті, розгинання 2 рази; нестресовий тест - 5 акцелерацій; вертикальний розмір вільної ділянки вод - 1 см. Яка оцінка БПП ?

А. 9 балів*

В. 7 балів.

С. 5 балів.

Д. 3 бали.

2. Роділля 34 років, народжує вперше, пологова діяльність триває 8 годин. Пологи термінові, перейми по 35-40 сек через 5-6 хвилин. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плоду - 90 уд/хв.. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, голівка притиснута до входу в малий таз. Який діагноз?

А. Дистрес плода в пологах*

В. Гемолітична хвороба плода

- С. Затримка розвитку плода
- Д. Плацентарна недостатність

3. Вагітна 23 років, термін вагітності 34 тижні. З дитинства хворіє на цукровий діабет I типу. При взятті на облік в жіночій консультації консилиум лікарів дозволив виношувати вагітність. При черговому обстеженні встановлена плацентарна недостатність. Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?

- А. Первинна.
- В. Вторинна*.
- С. Гостра.
- Д. Підгостра.

4. В жіночу консультацію звернулась вагітна 38 років в терміні 39 тижнів. Обтяжений акушерський анамнез - самовільні викидні при вагітності строком 6, 11, 20 тижнів. Страждає на бронхіальну астму з 35 років. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки строку вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене. Які методи дослідження **недоцільно** проводити в даному випадку?

- А. КТГ плода
- В. ЕКГ вагітної*
- С. Біофізичний профіль плода
- Д. Доплерографія плацентарного кровотоку

Ситуаційні задачі

1. Юна вагітна 16 років, термін вагітності 34 тижні, положення плода поздовжнє, головне передлежання. Палить з 14 років, на протязі вагітності не припиняла тютюнопаління. Загроза переривання вагітності в 15 та 22 тижні вагітності. При огляді в жіночій консультації запідозрена плацентарна недостатність. Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

Визначення рівня гормонів плаценти (естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену); ультразвукове сканування плаценти, доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

2. Вагітна 24 років, термін вагітності 36 тижнів. Обтяжений перебіг вагітності: загроза переривання в 16 тижнів, залізодефіцитна анемія I ступеня, прееклампсія середнього ступеня важкості. При обстеженні стану плода встановлено: відставання показників фотометрії на 3 тижні, БПП - 6 балів, реверсний кровоток в артерії пуповини на доплерограмі. Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?

Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин..

3. Роділля 36 років народжує вперше, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи термінові, на 40-41 тижні. Перейми тривалістю 35-40 с. через 5 хв. Відійшли навколоплідні води з наявністю густого меконію. КТГ - базальна частота 98 уд/хв., монотонна крива, пізні децелерації до 30 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 6см.

Який діагноз? Визначте план ведення пологів.

Вагітність 40-41 тиждень, пологи I, період пологів I, дистрес плода.

Кесарів розтин.

4. Вагітна 28 років в термін 37 тижнів. Наглядається в жіночій консультації. Під час чергового обстеження встановлено: патологічна оцінка БПП (6 балів), сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини.

Яка тактика ведення вагітної?

Госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття Тазове передлежання плода

Шифр МКХ-10: O32.1

Тазове передлежання плода – це положення плода, яке характеризується розташуванням тазового кінця плода відносно площини входу малого тазу.

Частота тазового передлежання у разі доношеної вагітності одним плодом складає 3 – 3,5% від загальної кількості пологів.

1. Класифікація

I. Сідничне передлежання (згинальне):

- неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
- повне або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).

II. Ножне передлежання (розгинальне):

- неповне (передлежить одна ніжка плода);
- повне (передлежать обидві ніжки плода);
- колінне передлежання.

2. Діагностика

2.1. Зовнішнє акушерське дослідження:

- в області дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;
- над входом або у вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;
- під час аускультатії серцебиття плода вислуховують залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

2.2. Внутрішнє акушерське дослідження в пологах (таблиця)

Таблиця. Диференціальна діагностика різних видів передлежань
за результатами внутрішнього акушерського дослідження

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	<ul style="list-style-type: none"> ▪ пальпують об'ємну м'яку частину плода; ▪ визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи ▪ неповне сідничне передлежання – можливо визначити паховий згин; повне – знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями ▪ сідничні бугри та анус плода розташовані в одній площині
Ножне	<ul style="list-style-type: none"> ▪ пальпують п'яткову кістку, пальці – рівні, короткі, великий палець не відводиться в сторону і є обмежено рухомим ▪ великий палець ніжки неможливо притиснути

	до підшви
Лицеве	<ul style="list-style-type: none"> ▪ визначають тверді валики та щелепи, ротик та ніс плода ▪ рот та молярні відростки мають трикутну форму
Випадіння ручки при поперечному чи косому передлежанні плода	<ul style="list-style-type: none"> ▪ великий палець ручки плода можна легко притиснути до долоні ▪ розташування пальців кутоподібне ▪ не пальпують п'яткову кістку

2.3. УЗД – найбільш інформативний метод діагностики (А). Дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

2.3.1 За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють 4 варіанти положення голівки, що важливо для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

- голівка зігнута, кут більше 110°;
- голівка слабо розігнута, “поза військового” – I ступінь розгинання голівки, кут 100 - 110°;
- голівка помірно розігнута – II ступінь розгинання, кут – 90°-100°;
- 2. надмірне розгинання голівки, “плід дивиться на зірки” – III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90°.

2.4. Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний – у 37-38 тижнів.

2.5. Починаючи з 32 тижня вагітності, частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності (А).

3. Ведення вагітності

3.1. Жіноча консультація

3.1.1. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати (С):

- положення на боці, протилежному позиції плода;
- колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.

3.1.2. З 32 до 37 тиж. призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І.Ф.Дикань, І.І.Грищенко, В.В.Фомічева, Е.В.Брюхіна].

Протипоказання для проведення гімнастичних вправ:

- загроза передчасних пологів;
- передлежання плаценти;
- низьке прикріплення плаценти;
- анатомічно вузький таз II – III ступеня.

3.1.3. **Не проводять** в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).

3.1.4. У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько – гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

3.2. Акушерський стаціонар

3.2.1. Уточнення діагнозу:

- проводять ультразвукове дослідження;
- оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода – БПП, за необхідністю доплерометрія);
- визначають готовність жіночого організму до пологів (шкала Бішопа);
- визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

3.2.2. План ведення пологів розробляють консилиумом за участю анестезіолога і неонатолога та узгоджують з роділлею.

3.2.3. У разі **доношеної вагітності** у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної (А).

Зовнішній поворот плода на голівку у разі доношеної вагітності приводить до збільшення числа фізіологічних пологів у головному передлежанні (А).

Показання:

- неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді.

Умови:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г;
- нормальні розміри малого тазу;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної для надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі) ;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалій розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

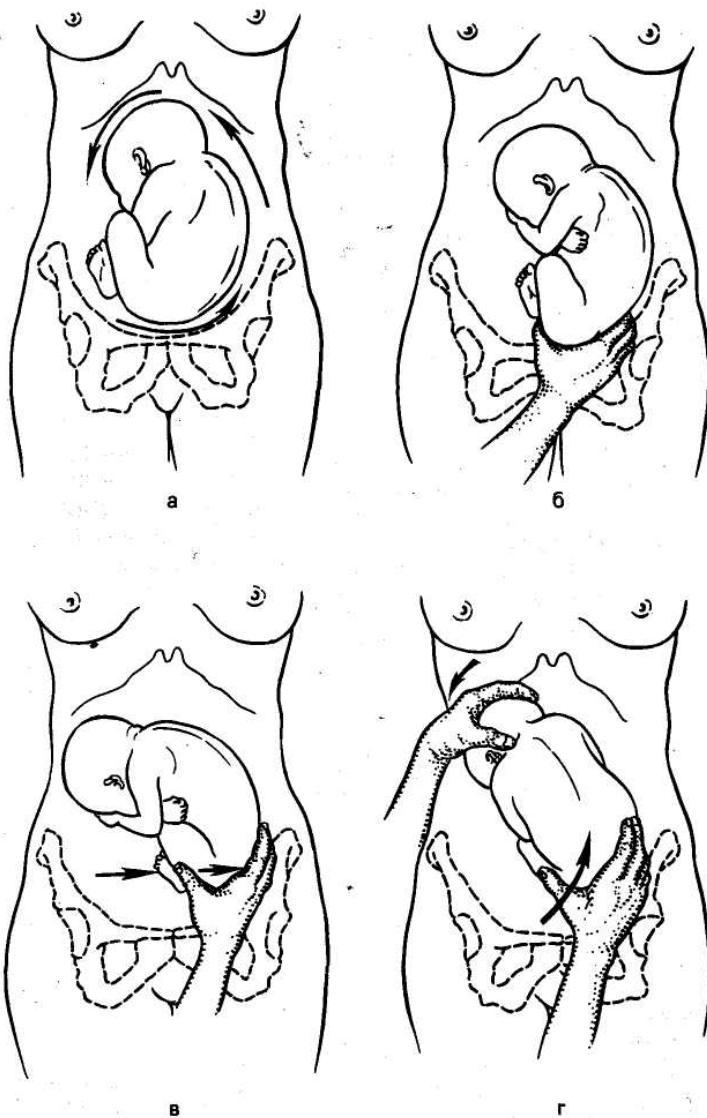


Рис.1. Техніка зовнішнього повороту плода на голівку (пояснення у тексті).

- положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;

- сідниці плода відводять від входу малого таза долоньями лікаря, введених між лоном та сідницями плода (а);

- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода (у разі I позиції – в бік лівої клубової ділянки) (б, в);

- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції (у разі I позиції – в бік правої клубової ділянки) (г);

- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць – до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Ускладнення:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- дистрес плода;
- розрив матки.

У разі обережного та кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

4. Ведення пологів

4.1. Передчасні пологи (див. відповідний протокол).

4.2. Термінові пологи.

4.2.1. Консервативне ведення пологів:

- оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину;
- слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі), реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину);
- проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії (С);

- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога.
- пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець;

A. Неповне та повне сідничне передлежання

I. Народження сідниць та ніжок :

- під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись;
- якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію;
- дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів;
- великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій області плода;
- обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх

Передчасно не тягніть плід за паховий згин, сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода).

Підтримуйте плід за стегна, не тримайте за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода.

II. Народження ручок

- плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями в області сідниць та крижів, чотири пальці розташовують у ділянці стегон спереду;
- тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу таза;
- під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка;
- після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно;
- у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода.

Класична ручна допомога з виведення ручок плода:

- однією рукою (при I позиції – лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції – до правого стегна);
- вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходяють до ліктьового згину і виводять задню ручку;
- вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила “вмивальний” рух;
- передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини;
- захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода – 4 пальці кожної руки на стегнах, а великі пальці на сідницях плода) і повертають його на 180°;
- спинка плода у цей час проходить під симфізом;
- звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини.

III. Народження голівки

A. У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання:

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;

- асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірною тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки;
- опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування;
- піднімають тулуб плода вище рівня промежини;
- голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації.

Б. Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшапель:

- підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя;
- введіть вказівний та безіменний палець цієї руки на скулові кістки плода, а середній палець в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений знизу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода;
- зробіть тракцію на себе;
- асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділля, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

Б. Ножне передлежання:

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесарева розтину (А). Проводять пологи через природні статеві шляхи у разі ножного передлежання лише у наступних випадках:

- у II періоді пологів – надають ручну допомогу за методом Н.А.Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода;
- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності;
-

4.2.2. У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або візуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за паховий згин.

4.2.3. Показання до кесаревого розтину :

- очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- ножне передлежання плода;
- розгинання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Операцію проводять типово за сучасними методиками, інтраперитонеально з профілактичним введенням антибіотиків, утеротонічних препаратів, сучасним шовним матеріалом (див. протокол “Кесарів розтин”). Під час кесарева розтину вилучення плода проводять, відповідно до біомеханізму пологів у разі тазового передлежання через природні пологові шляхи.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

4. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 899 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода».
7. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.

20.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.