

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ
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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧНИХ ТА ЛІКАРІВ
ПЕДІАТРІВ-ДІЛЬНИЧНИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Неплідний шлюб (код курсу 04.02.03)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години

I. Актуальність теми

За останні роки в практичній гінекології відбулося ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги жінкам на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні у цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу становлення репродуктивної функції, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства.

II. Навчальні цілі заняття:

Для опанування теми заняття лікар-курсант повинен знати:

1. Термінологію, класифікацію непліддя.
2. Етіологію, патогенез непліддя.
3. Фактори ризику щодо виникнення непліддя.
4. Методи діагностики непліддя.
5. Методи лікування непліддя.
6. Методи профілактики непліддя.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику непліддя.
2. Проводити діагностику непліддя.
3. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження жінок із непліддям.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок з непліддям

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Розвиток та встановлення менструальної функції.	Оцінювати своєчасність встановлення та завершення менструальної функції.
2. Фізіологія	Механізм запліднення; Фази онтогенезу	Оцінювати відхилення від фізіологічних параметрів.
<i>Наступні:</i>		
Гістологія	Менструальний цикл	Оцінити фазу менструального циклу

V. Зміст теми семінарського заняття

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Безплідною подружньою парою є та, у якої за бажання мати дитину при активних статевих стосунках, без використання контрацептивних засобів, зачаття не настає протягом 12 місяців. Вважається, що вагітність настає за умови

регулярних (два-три рази на тиждень) статевих стосунків протягом 1 року у 75% подружніх пар без використання контрацептивів.

Термін **первинне безпліддя** застосовується у випадках, коли в анамнезі не відбувалося зачаття, **вторинне безпліддя** – наявність зачаття у минулому .

Головні причини жіночого безпліддя:

- ендокринні фактори – 35-40%;
- трубний і перитонеальний фактори – 20-30%;
- імунологічні фактори – 20%;
- шийковий фактор – 5%.

Приблизно у 10-15% випадків причина безпліддя залишається не виявленою .

Шифр МКХ -10 - N 97.

Класифікація жіночого безпліддя за МКХ – 10 (N97.0 – N97.9)

N97 Жіноча безплідність

N97.0 Жіноча безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції

N97.1 Жіноча безплідність трубного походження

Пов'язана з природженою аномалією маткових труб

Трубні:

- непрохідність
- закупорення
- стеноз

N97.2 Жіноча безплідність маткового походження

Пов'язана з природженою аномалією матки

Дефект імплантації яйцеклітини

N97.3 Жіноча безплідність шийкового походження

N97.4 Жіноча безплідність, пов'язана з чоловічими факторами

N97.8 Жіноча безплідність іншої природи

N97.9 Жіноча безплідність, не уточнена

Ускладнення, пов'язані із штучним заплідненням (МКХ – 10 (N98.0 – N98.9)

N98 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням

N98.0 Інфекції, пов'язані зі штучним заплідненням.

N98.1 Гіперстимуляція яєчників.

Гіперстимуляція яєчників:

- БДВ
- пов'язана з індукованою овуляцією

N98.2 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації яйцеклітини, заплідненої in vitro

N98.3 Ускладнення, пов'язані зі спробою імплантації ембріона.

N98.8 Інші ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням.

Ускладнення при штучному заплідненні:

- донорською спермою
- спермою чоловіка

N98.9 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням, не уточнені

Етіологічні та патогенетичні фактори безплідності

1. Аномалії чоловічих і жіночих статевих органів і спадкоємна патологія:

а. агенезія гонад (повна, часткова);

б. уроджена обтурація статевих шляхів (аномалії маткових труб, неправильний розвиток матки, піхви й входу в піхву).

2. Запальні захворювання статевих органів.

3. Ендокринні фактори безплідності.

4. Біохімічні фактори фертильності (ферменти, изоферменти, простагландини).

5. Імунні фактори безплідності.

Безплідність у жінок може бути фізіологічним (дитячий і старечий вік, період лактації) і патологічним.

Серед патологічних видів безплідності в жінок виділяють **первинне й вторинне, абсолютне й відносне, уроджене й придбане, тимчасове й постійне.**

Запропоновано кілька класифікацій безплідності.

ВООЗ рекомендує класифікувати безплідність у жінок по 22 факторам.

1. Сексуальна дисфункція.

2. Гиперпролактинемія.

3. Органічна поразка гіпоталамо-гіпофізарної системи.

4. Аменорея при високому змісті фолікулостимулюючого гормону (ФСГ).

5. Аменорея з адекватним змістом естрогенів.

6. Аменорея з низьким змістом естрогенів.

7. Олигоменорея.

8. Нерегулярні менструації з овуляцією.

9. Ановуляція з регулярним циклом.

10. Уроджені аномалії.

11. Білатеральна оклюзія труб.

12. Злуковий процес у малому тазі.

13. Ендометриоз.

14. Придбана патологія матки й шейки матки.

15. Придбана патологія маткових труб.

16. Придбана патологія яєчників.

17. Туберкульоз.

18. Безплідність неясного генезу (лапароскопію не проводили).

19. Ятрогенні причини.

20. Системні захворювання.

21. Негативний посткоітальний тест.

22. Відсутність видимих причин безплідності.

Для побудови стрункої системи обстеження подружніх пар, що страждають безплідністю, запропонована схема, прийнята на симпозіумі ВООЗ.

1-й етап — обстеження подружньої пари;

2-й етап — підтвердження наявності овуляції в жінки;

3-й етап — підтвердження сумісності сперми й шийкового слизу;

4-й етап — підтвердження прохідності маткових труб;

5-й етап — додаткові спеціальні дослідження.

Поряд із клінічними, бактеріологічними й ендокринологічними методами дослідження, що дозволяють уточнити причини порушення репродуктивної функції у жінок, останнім часом все більше значення набуває лапароскопія.

Алгоритм обстеження подружніх пар, хворих на непліддя

	Об'єм обстеження	Терміни виконання
1.Обстеження жінок	<ul style="list-style-type: none"> - збір соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезу, загальний і гінекологічний огляд; - RW, ВІЛ; - графік базальної температури за 2 місяці; - кольпоскопія; - аналіз виділень, обстеження на уrogenітальну інфекцію, цитологічне обстеження; - УЗД органів малого тазу; - гістросальпінгоскопія; Гормональне обстеження: <ul style="list-style-type: none"> - ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, тестостерон; - прогестерон. - імунологічні тести (Шуварського-Хунера, Курцрокка-Міллера, Мар-тест); - гістроскопія, лапороскопія; Додаткові дослідження за ознаками: <ul style="list-style-type: none"> - гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну), та проби; - обстеження мамолога, мамографія; - R – графія турецького сідла, ЯМР. 	<p>при постановці на облік</p> <p>7–28 день менстр. циклу</p> <p>1–14 день менстр. циклу</p> <p>7 – 11 день менстр. циклу</p> <p>3 – 7 день менстр. циклу</p> <p>20 – 22 день менстр. циклу</p> <p>12 – 16 день менстр. циклу</p> <p>7 – 14 день менстр. циклу</p> <p>7 – 28 день менстр. циклу</p>
2.Обстеження чоловіків (проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)	<ul style="list-style-type: none"> - RW, ВІЛ; - обстеження на уrogenітальну інфекцію; - обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ; При наявності патології у спермограмі додатково проводиться: <ul style="list-style-type: none"> - бак. посів сперми на стерильність; - гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон); - пробна капациація; - УЗД передміхурової залози та мошонки. 	<p>7 – 10 день менстр. циклу</p> <p>при постановці на облік</p>

		3 – 4 дні статевого покою за ознаками
--	--	---

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ БЕЗПЛІДДЯ У ШЛЮБИ

Нозологічна форма	Лікування	Терміни лікування
1. Безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції Група I. Гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГН) ЛГ < 5 МЕ/л ФСГ < 3 МЕ/л E ₂ < 70 нмоль/л	<u>1 етап.</u> Підготовча, замісна, циклічна терапія естрогенами і гестагенами.	3–12 міс.
	<u>2 етап.</u> Індукція овуляції з використанням прямих стимуляторів яєчників — менопаузальних і рекомбінантних гонадотропінів (пурегон або гонал F, профазі або прегніл). Якщо індукція моноовуляції без ефекту, ЕКО з ПЕ на фоні індукції суперовуляції.	3–6 міс. в залежності від віку жінки до 6 міс.
Група II. Гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) – яєчникова форма – надниркова форма	Підготовча терапія синтетичними прогестинами (Діане-35, марвелон та ін.).	3–6 міс.
	Підготовча терапія глюкокортикоїдами (преднізолон та ін. - 2–3 г на добу у залежності від рівня андрогенів). При нормалізації рівня андрогенів - стимуляція овуляції за допомогою кломіфен-цитрата (кlostильбегіт) під контролем УЗД і рівня E ₂ у крові. Профазі (прегніл) 5-10 тис. ОД в/м одноразово при наявності фолікула 18–20 мм. При відсутності ефекту від використання кломіфен-цитрата — стимуляція овуляції гонадотропінами (гонал F, пурегон).	3–6 міс. 3–6 міс.
	Неєфективність гормональної терапії при яєчникової формі — оперативна лапароскопія. При відсутності ефекту від операції протягом 3–6 міс. — ЕКО з ПЕ.	
Група III.		

Яєчникова недостатність, пов'язана з гіперфункцією аденогіпофізу (гіпергонадотропний гіпогонадизм (ФСГ > 20 МЕ/л и ЛГ > 30 МЕ/л)	ЕКО з донцією ооцитів або усиновлення.	до 6 міс.
Група IV. Порушення функції статевих органів	Хірургічна корекція.	1 менстр. цикл
Група V-VII. Гіперпролактинемія	При відсутності показань до нейрохірургічного лікування — препарати бромкріптину у залежності від рівня пролактину під контролем пролактину, базальної температури та рівня прогестерону на 21 день менструального циклу.	6-24 міс.
	При нормалізації рівня пролактину - стимуляція овуляції кломіфен-цитратом.	3 міс.
	За відсутності ефекту — використання гонадотропнів (гонал F, пурегон).	до 6 міс.
2. Жіноче безпліддя трубного генезу	Оперативна лапароскопія для відновлення прохідності маткових труб. Якщо вагітність після операції протягом 6-12 міс. не настає, показано ЕКО з ПЕ. При відсутності маткових труб або неможливості відновлення їх проходження - ЕКО з ПЕ.	до 6-12 менстр. цикл. до 6-12 менстр. цикл.
3. Жіноче безпліддя маткового генезу: а) відсутність матки б) аномалії розвитку матки в) синехії у порожнині матки	Сурогатне материнство. За умов наявних можливостей – оперативне, реконструктивне лікування.	
4. Жіноче безпліддя шийкового генезу	ІСЧ (інсемінація спермою чоловіка) у фізіологічному або індукованому циклі. При відсутності ефекту - ЕКО з ПЕ.	до 6 міс. до 6 менстр. цикл.
5. Імунологічне безпліддя: а) з наявністю антиспермових антитіл тільки у цервікальному слизі	Внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка.	до 4 менстр. цикл.
б) з наявністю антиспермальних антитіл у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині	Внутрішньоматкова інсемінація спермою донора на фоні стимуляції овуляції.	до 4-6 менстр. цикл.
6. Інші форми жіночого безпліддя:		
а) жіноче безпліддя, обумовлене уrogenітальною інфекцією	Антибактеріальна терапія відповідно до виявленого збудника інфекції у чоловіка та жінки.	до 3 міс.
б) ендометріоз і безпліддя	Оперативна лапароскопія, гормональна терапія, у післяопераційному періоді ГнРГ або антигонадотропні препарати (даназол).	до 6 міс.

в) міома матки і безпліддя	У залежності від розмірів та розташування фіброматозних вузлів — оперативне лікування (консервативна міомектомія) або консервативна терапія з використанням агоністів ГнРГ рилізінг-гормонів (золдекс, діферелін), прогестагенів.	3–6 міс.
	Далі індукція овуляції у залежності від гормонального фону.	
	При відсутності ефекту від лікування — сурогатне материнство.	
7. Безпліддя, обумовлене чоловічим фактором	При олігоастеноспермії 1–2 ступеня - лікування у андролога та ІСЧ.	3–4 міс.
	При олігоастеноспермії 3 ступеня та азооспермії - ІСД (інсемінація спермою донора) або ICSI.	до 6 менстр. цикл.
	При відсутності ефекту - ЕКО з ПЕ з донорською спермою.	
8. Безпліддя неясного генезу (при використанні всіх попередніх тестів)	ІСЧ.	3 міс.
	При відсутності ефекту – ЕКО з ПЕ.	до 6 менстр. цикл.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації. 5. Провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного курсанта на контрольне запитання	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Термінологія, класифікація непліддя. 2. Етіологія, патогенез непліддя.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	3. Фактори ризику щодо виникнення непліддя. 4. Методи діагностики непліддя. 5. Методи лікування непліддя. 6. Методи профілактики непліддя.		
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VI. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати гінекологічного відділення, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок (або історій хвороб) із різними формами непліддя, необхідні аналізи, таблиці, мультимедійний супровід.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинекологаб руководство для врачей/В.К.Лихачевю –Киев, 2012._154 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачов.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2013.-840 с.
3. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Підручник: У 2_х томах. Т. 2. — Одеса: Одес. держ. мед. ун т, 2005. — 420 с.
4. Наказ від 15.12.2003 № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги

Питання:

1. Дайте визначення поняття «неплідність», причини і форми неплідності.
2. Діагностика трубного безпліддя.
3. Лапароскопічні методи лікування трубного і перитонеального безпліддя. (лапароскопічний адгезіолізис).
4. Міроприємства по попередженню злукоутворення.
5. Наведіть класифікацію непліддя.
6. Етіологічні фактори непліддя.
7. Наведіть фактори ризику щодо виникнення непліддя.
8. Опишіть методи діагностики непліддя.
9. Які існують методи лікування непліддя?
10. Що собою являє профілактика непліддя?

Тестові завдання

1.Хвора Е., 28 р., звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на болі внизу живота, більше справа, які посилюються під час менструації. Мажучі кров'янисті виділення до та після менструації. Непліддя 10 років. При дослідженні матка нормальної величини, щільна, неболюча. Справа від матки пальпується утворення розмірами 7 на 8 на 6 см, декілька обмежено при рухомості. Склепіння вільні. Виділення слизові. Діагноз?

А. Ендо метр і оїдна кіста справа

- В. Пухлина кишківника
- С. Правобічний аднексит
- Д. Кістома правого яєчника
- Е. Рак правого яєчника

2. Хвора 25 років звернулася до гінеколога зі скаргами на рідкі (4-5 разів на рік) менструації, непліддя 4 роки. З 19 років почала набирати вагу. Менструації з 13 років, з ознаками олігоменореї. Хвора підвищеної ваги, відзначаються ознаки гірсутизму. При піхвовому дослідженні: шийка матки конічна, матка нормальних розмірів, рухлива, не болюча. В області додатків з обох боків пальпуються збільшені, щільні, не болючі яєчники. Який діагноз?

- А. Синдром Штейна-Левенталя**
- В. Синдром Ракітанського-Кюстнера
- С. Синдром Шерешевського-Тернера
- Д. Синдром Шихана
- Е. Аденома гіпофіза

3. Жінка 25 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на непліддя. У шлюбі 1 рік, контрацептивами не користується. З анамнезу відомо, що неодноразово лікувалася у гінекологічному відділенні з приводу загострень хронічного аднекситу. Який виставити діагноз?

- А. Первинне непліддя**
- В. Вторинне непліддя
- С. Пельвіоперитонит
- Д. Апоплексія яєчника
- Е. Хронічний аднексит.

Ситуаційні задачі:

Задача 1

Хвора 16 років, поступила в клініку зі скаргами на відсутність менструацій, підвищену стомлюваність і подразливість. Із анамнезу відомо, що в дитинстві перенесла кір, скарлатину і вітряну віспу. З 10 років займається спортом, з 12 років вчиться в спеціалізованому спорткласі (легка атлетика). Тренувальна навантаження 10 – 12 годин в тиждень. Інфантильний тип будови тіла. вторинні статеві ознаки розвинуті недостатньо. При ректо-абдомінальному дослідженні визначається гіпоплазія матки і яєчників. Консультована терапевтом і неврологом – встановлена вегето-судинна дистонія за гіпомоторним типом.

Про яку патологію можна думати?

- А. Синдром склерокістозних яєчників.
- Б. Хвороба Іценко-Кушинга.
- В. Адреногенітальний синдром.
- Г. Затримка статевого розвитку.
- Д. Тестикулярна фемізація.

Задача 2

До дитячого гінеколога звернулася мама з дівчинкою 8-ми років з скаргами на те, що у дитини з'явилися кров'яністі виділення із статевих шляхів на протязі 4-х днів. Загальний стан дівчинки задовільний, худорлява, молочні залози збільшені. Фізичний розвиток дівчинку відповідає 12-річному віку. В нижньому відділі живота визначається вип'ячування, в черевній порожнині – вільна рідина. При пальпації живота в надлобковій ділянці прощупується щільна, бугриста пухлина, розміром 10 x 12 см, рухлива, безболісна. Зовнішні статеві органи відповідають віку, дівоча перетинка не порушена.

Виділення із піхви, кров'янисті, незначні. При ректо-абдомінальному дослідженні визначається пухлина, яка виходить з малого тазу, розмірами 10x10x12 см, вузлувата, малорухла.

Яке захворювання можна запідозрити?

- А. Нефроптоз.
- Б. Пухлину наднарників.
- В. Дермоїдну кісту яєчника.
- Г. Гормонопродукуючу пухлину яєчника.
- Д. Фіброміому матки.

Задача 3

У 16-ти річної дівчини, в зв'язку з первинною аменореєю, проведене повне клініко-лабораторне обстеження, включаючи ультразвукове дослідження і дослідження каріотипу. встановлений діагноз – дисгенезія гонад.

Які зміни є причиною даної патології?

- А. Хромосомні аномалії.
- Б. Пухлина гіпофізу.
- В. Гіпотиреоз.
- Г. Гіперплазія кори наднирників.
- Д. Гіпофункція яєчників.

Задача 4.

Хвора 17-ти років. Зріст 130 см. При огляді: бочкоподібна грудна клітина, коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, косоокість, птоз. Психічний розвиток та інтелект не змінені. Молочні залози не розвинуті, менструацій немає. Гінекологічний статус: оволодіння на зовнішніх статевих органах немає, виражена гіпоплазія піхви і матки. При УЗД – яєчники у вигляді тяжів. Тести функціональної діагностики: базальна температура – монофазна, симптоми „зіниці” і „листя папороті” – негативні.

Яка найбільш вірогідна причина такого стану?

- А. Синдром Іценко-Кушинга.
- Б. Синдром Шерешевського-Тернера.
- В. Синдром Штейна-Левенталя.
- Г. Гіпофізарний нанізм.
- Д. Синдром Перханца-Бабінського-Фреліха.

Задача 5

У дитини 10 років з'явилися нерегулярні кров'янисті виділення з піхви; набухання і потемніння сосків; збільшення молочних залоз; мізерне оволодіння на лобку, під пахвою; ціаноз вульви. Ректо-абдомінально: збільшення розмірів матки, пухлино подібне утворення біля матки. Вміст естрогенів як у дорослої жінки, а гонадотропінів не високий. Прискорення соматичного розвитку немає.

Який попередній діагноз?

- А. Фемінізуюча пухлина яєчника.
- Б. Адреногенітальний синдром.
- В. Передчасне статеве дозрівання центрального генезу.
- Г. Синдром Перханца-Бабінського-Фреліха.
- Д. Синдром Лоуренса-Муна-Бідля.

Відповіді на задачі

1. – Г;
2. – Г;

3. – А;
4. – Б;
5. – А.

**Методичну рекомендацію семінарського заняття підготувала ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 к. м. н. Тарановська О.О.
5.01.2017**

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

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

**Методична рекомендація переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__р.**