

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Методи оперативного лікування при ретродевіціях матки, зміщення стінок, випадінні матки (код курсу 15.6)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 28 годин.

I. Мета заняття

Операція з підняття матки призначається жінкам, у яких було виявлено її неправильне положення, в результаті якого дно і шийка зміщуються нижче фізіологічної межі. Це відбувається через ослаблення м'язів і зв'язок матки. При цьому жінка завжди відчуває дискомфорт, тиск, біль тягнучого характеру і приватні позиви до сечовипускання. Подібна патологія зустрічається в гінекологічній практиці дуже часто. Опущенням страждає близько 10% жінок до 30 років, від 30 до 40 - 40% і після 50 майже половина жінок страждає подібним недугою. Серед всіх гінекологічних операцій 15% відбувається через опущення або випадання матки. Часто опущення матки сприяє зміщенню і неправильного положення прямої кишки і сечового міхура, що також порушує роботу цих органів. Часто подібна патологія починає свій розвиток ще в дітородному віці жінок і приймає прогресивний характер

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомія та фізіологія жіночих статевих органів
2. Сучасні підходи до профілактики і оперативного лікування гінекологічної патології
3. Види реконструктивних операцій в гінекології.
4. Показання та протипоказання для проведення реконструктивних операцій в гінекології

III. Об'єм нової інформації

1. Методи оперативного лікування при ретродевіціях матки.
2. Методи оперативного лікування при зміщеннях стінок вагіни.
3. Методи оперативного лікування при випадінні матки.
4. Ведення післяопераційного періоду.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби
4. Інструментарій для вконання операції.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести збір анамнестичних даних;		+	
2.	Провести піхвове дослідження		+	
3.	Підготувати хвору до операції		+	
4.	Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;		+	
5.	Засвоїти методи збора матеріалу для лабораторних методів дослідження		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Методи оперативного лікування при ретродевіціях матки.
2. Методи оперативного лікування при зміщеннях стінок вагіни.
3. Методи оперативного лікування при випадінні матки.
4. Ведення післяопераційного періоду.

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Підготувати хвору до операції;
4. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;
5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження

Тестові завдання

1. До гінеколога звернулася жінка 36 років зі скаргами на безплідність. З анамнезу: в другому шлюбі 5 років. Пологи -1, штучних абортів -11. Останній аборт 6 років тому ускладнився матковою кровотечею, видаленням залишків плідного яйця і ендометритом. Менструальний цикл не порушений. Спермограма чоловіка в нормі. Яке обстеження слід провести ?

A * Гістероскопію.

B Тести функціональної діагностики гормонального стану яєчників

C Лапароскопію

D Кульдоскопію

E Кольпоскопію

2. Хвора 28 років доставлена у відділення зі скаргами на гостру біль в нижніх відділах живота, яка виникла раптово при затримці менструації на 4 тижні. Шкірні покриви бліді. Пульс 110 уд/хв, АТ 90/50 мм рт.ст. Живіт різко болючий при пальпації в нижніх відділах, позитивний симптом подразнення очеревини. При вагінальному огляді: матка побільшена, відхилена вправо, зліва пальпується продовгуватий утвір, болючий при пальпації, заднє склепіння різко болюче, нависає. Який найбільш інформативний метод дослідження?

A * Діагностична лапароскопія

B Пункція заднього склепіння

C Тест на хоріонічний гонадотропін

D УЗД

E Динаміка загального аналізу крові

3. Хвора М., 36 років скаржитися на розпираючі болі внизу живота до і під час менструації. Захворювання пов'язує з патологічними пологами, які ускладнилися кровотечею та вишкрібанням порожнини матки. Протизапальне лікування без ефекту. Бімануальне дослідження: матка дещо збільшена в розмірі, щільна, незначно болюча. Праві додатки представлені малорухомим пухлиноподібним утворенням нерівномірної консистенції, розміром 8х6х6. При УЗД – пухлина з

густим рідинним вмістом. Для підтвердження діагнозу потрібно провести:

- A** * Лапароскопію
- B** Гістероскопію
- C** Метросальпінгографію
- D** Пункцію черевної порожнини через задне склепіння
- E** Ірігоскопію

4. Хвора 60 років Скаржитья на збільшення розмірів живота, похудання, астенію, появу мажучих кров'янистих виділень з піхви після 10 років менопаузи.

Вагінально: матка збільшена до 16 тиж вагітності, щільна. Придатки не визначаються. Який діагностичний метод дослідження необхідно провести?

- A** * Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки і цервікального каналу
- B** УЗД
- C** Лапароскопію
- D** Гістеросальпінгографію
- E** Дослідження статевих гормонів

5. До гінеколога звернулася жінка 28 років зі скаргами на безплідність. З анамнезу: у шлюбі 6 років; теперішня вагітність друга; перша вагітність на першому році шлюбу закінчилась штучним абортom ускладненим запаленням додатків матки.

Менструальний цикл двофазний. Яке з досліджень слід призначити?

- A** * Метросальпінгографію.
- B** Спермограму.
- C** Тести функціональної діагностики.
- D** Кольпоскопію.
- E** Пункцію черевної порожнини через задне склепіння піхви

Ситуаційні задачі :

1. Жінка 41-го року поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні. Яке лікування треба провести? (Лікувально-дагностичне лікування, оперативне лікування)

2. Хвора 48 років скаржитья на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз та яка тактика лікування? Відповідь-фіброміома матуки велики розмірів з геморагічним та больовим с-мами, оперативне лікування.

3. Хвора 48 років, звернулася з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз та яка тактика лікування? Відповідь-фіброміома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Анемія. Оперативне лікування.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Операції, що виправляють положення матки при її ретродевіації

Запропонована безліч методів операцій для виправлення положення матки при ретродевіації матки - полягає в укороченні тим або іншим способом круглих зв'язок лапаротомічним шляхом.

Укорочення круглих зв'язок шляхом утворення з них петель, що сполучаються і прикріплюваних до передньої стінки або до дна матки. Після розтину черевної порожнини невеликим подовжнім або поперечним розрізом в положенні хворої з підведеним тазом досліджують стан матки і придатків; якщо є зрощення, то їх розділяють, а матку, прошиту лігатурою ("держалкой"), витягають в розріз черевної стінки. Укорочення круглих зв'язок роблять таким чином: на відстані 4-5 см від кутів матки круглу зв'язку захоплюють з обох боків затисками і витягають у вигляді петлі. Обидва коліна петлі, що

утворилася, зшивають декількома кетгутувими лігатурами. Для того, щоб не порушити кровообігу в круглій зв'язці, її прошивають лише на третину товщини. Обидві петлі

круглої зв'язки зшивають лігатурою і прикріплюють 3-4 лігатурами до передньої стінки матки, на рівні нормального відходження від неї круглих зв'язок. В результаті круглі зв'язки коротшають, а із складок очеревини широких зв'язок, що утворилися, виходять як би кишені, в яких може ущемитися кишкова петля, що потрапила в них. Щоб попередити це ускладнення, обидві очеревинні складки сполучають декількома швами, прошиваючи одночасно ними і очеревину передньої стінки матки.

Для тих випадків фіксованої ретродевіації, в яких після звільнення матки із зрощень в її дні або на задній стінці утворилися дефекти, Б. А. Козинский запропонував наступну видозміну цієї операції (вона була прийнята в клініці Кипарського і описана в керівництві Левіта) : круглу зв'язку захоплюють, як описано вище; вершину петлі, що

утворилася, фіксують одним вузловим швом посередині опуклої частини дна матки; дистальне коліно круглої зв'язки фіксують 2-3 швами в подовжньому напрямі позадній поверхні матки; проксимальне - фіксують вузловими швами на передній поверхні матки. Таким чином, дно і кути матки покривають складкою передніх листків широкої зв'язки (брижею круглих зв'язок), як би чепцем.

Ось ця можливість використати петлі круглих зв'язок в цілях перитонізації дефектів очеревини в області передньої стінки, дна і кутів матки представляє по суті головну цінність описаного методу. А оскільки операцію при ретродевіації матки роблять нині головним чином за наявності очеревинних зрощень і інших залишків запального процесу в області внутрішніх статевих органів, стає зрозумілим і поширеність цього методу.

Укорочення круглих зв'язок шляхом утворення з них петель, що сполучаються і прикріплюваних до задньої поверхні матки. Операцію роблять таким чином: невеликим подовжнім або поперечним розрізом черевної стінки розтинають черевну порожнину. Круглу зв'язку з одного боку захоплюють затиском на відстані 5-

6 см від кута матки. Для того, щоб прикріпити до задньої поверхні матки петлю круглої зв'язки, її необхідно провести через отвір, виконаний в широкій зв'язці відповідної сторони. Цей отвір може бути виконаний безпосередньо підяичниковою зв'язкою або через брижу труби між нею і яєчником.

Отвір в широкій зв'язці проробляють довгим затиском ззаду наперед, трохи нижче власної зв'язки яєчника і отступаючи від ребра матки, щоб не поранити висхідну гілку маткової артерії. Через цей отвір виводять петлю круглої зв'язки спереду назад. Те ж проробляють і на іншій стороні. Обидві петлі декількома лігатурами пришивають один до одного і до задньої поверхні матки, трохи отступаючи від її дна. Для цього користуються тонким, але міцним кетгутом. Л. Л. Окинчиц застосовує тонкі шовкові шви. Якщо цю операцію ми робимо за наявності опущення матки у молодій жінки, то щоб підняти її вище, пришиваємо петлі круглих зв'язок до задньої поверхні матки.

Підвішування матки за круглі зв'язки до черевної стінки. Для цього існує декілька способів, наприклад, спосіб Джилльєма, видозмінений Р. В. Кипарским. Він полягає в наступному: черевну стінку розтинають невеликим подовжнім розрізом над лоном (поперечний розріз черевної стінки, особливо апоневроза, для цього способу непридатний). Так само як і при попередньому способі круглі зв'язки захоплюють на відстані 5-6 см від кутів матки, потім по обидві сторони розрізу черевної стінки скальпелем роблять маленький розріз (1 см) через апоневроз з боку від прямого м'яза живота, а далі тупим інструментом (наприклад, затиском Кохера) проробляють отвір в пристеночній очеревині -

це хід, через який єпротягнутий петля круглий зв'язка, після чого круглий зв'язка є пришитий з кожен боку до апоневрозу прямий м'яз живіт. Цей момент операції роблять таким чином: дозатиску, який просвердлив чере вну стінку, підводять захоплену петлю круглої зв'язки і передають її в цей затиск.

Опущення матки - це зміщення матки вниз з подальшим «вип'ячуємо» в порожнину піхви через тазове дно.

Вихід жіночого таза закривають три потужних м'язових шари, що утворюють так зване «тазове дно». М'язи, що утворюють цей пласт, розташовуються у вигляді черепиці, що забезпечує найбільшу міцність всьому м'язевому конгломерату. Для підвищення міцності м'язової тканини кожна м'яз тазового дна посилена фасцією, що представляє собою оболонку з щільних волокон сполучної тканини.

Важливість функцій м'язів тазового дна переоцінити просто неможливо:

- М'язи тазового дна забезпечують постійне розташування внутрішніх статевих органів, а також сусідніх сечового міхура і прямої кишки.

- Фізіологічні пологи проходять за активної участі м'язів тазового дна, які сприяють просуванню плода назовні. Після закінчення пологів тазове дно повертається у вихідне стан.

- Тазове дно є опорою не тільки органів малого тазу, але і для інших внутрішніх органів. Воно бере участь в регуляції нормального внутрішньочеревного тиску.

На своєму постійному місці матку фіксує також її зв'язковий апарат - кругла і широкі зв'язки матки.

Будь-які процеси, пов'язані з порушенням м'язового тону тазового дна і ослабленням зв'язкового апарату матки призводять до зміни її нормального розташування в області малого тазу.

Існує абсолютно помилкова думка про те, що опущення матки присутня тільки у літніх жінок. Між тим, статистика стверджує, що зі ста молодих жінок до 30 років у кожній десятої виявляється різна ступінь опущення матки, зі ста жінок 30-45 років ця патологія зустрічається у сорока, а після 50 років її можна знайти вже у половини із ста. Ці факти говорять про те, що вік не завжди є причиною опущення матки, в деяких випадках він сприяє посиленню процесу, що виник в більш молоді роки.

Опущення матки нерідко носить спадковий характер і виявляється у близьких родичів жіночої статі - мами, бабусі або сестри.

Іноді разом з маткою опускаються і сусідні органи - сечовий міхур, пряма кишка або частину кишечника.

Лікування опущення матки залежить від багатьох факторів і вибирається для кожної пацієнтки індивідуально. Профілактика опущення матки на початкових стадіях розвитку патології вельми ефективна. Якщо не звернутися за допомогою своєчасно, процес може прогресувати аж до випадіння матки.

Лікування опущення матки

Вибрати правильну лікувальну тактику при опущенні матки буває непросто. Необхідно враховувати:

- Вік хворої. Відновити нормальний м'язовий тонус набагато простіше, якщо м'язова тканина не зазнає вікових змін. Крім того, складні хірургічні маніпуляції не завжди показані літнім пацієнтам.

- У якій стадії знаходиться патологічний процес, тобто визначити його ступінь.

- Наявність супутніх гінекологічних захворювань.

- Чи є необхідність відновити менструальну функцію у разі її порушення.

- Пацієнтка планує в майбутньому стати мамою.

- Особливості порушення функції сечового міхура та/або прямої кишки (якщо вони є).

- У деяких випадках при поєднанні опущення матки з екстрагенітальною патологією вибір методу терапії здійснюється спільно з лікарями інших спеціальностей.

Якщо зміщення матки виражено незначно і не доставляє жінці незручностей, специфічного лікування не потрібно, і можна обмежитися методами профілактики подальшого прогресування зміщення матки.

Якщо матка знаходиться в межах піхви, а функціонування суміжних органів не порушено, можна розпочати терапію з консервативних методів. Перед початком лікування необхідно привести до фізіологічної вікової норми спосіб життя пацієнтки. Виключення надмірних фізичних навантажень, збалансоване харчування, зниження маси тіла і лікування вогнищ хронічної інфекції нададуть сприятливу дію на здатність організму зупинити прогресування хвороби.

Пацієнткам з опущенням матки рекомендовані посилені гігієнічні заходи в інтимній зоні, так як зсув геніталій сприяє розвитку запальних і інфекційних процесів у піхві.

Метою консервативних методів терапії зміщення геніталій є зміцнення тазових м'язів і запобігання

подальшого зсуву. Лікування включає:

- Вправи Кегеля для м'язів піхви. Підвищення тонусу м'язів піхви запобігає посилення процесу зміщення матки. Також призначають з профілактичною метою.

- Лікувальна гімнастика при опущенні матки за методикою Юнусова.

- Змазування слизової оболонки піхви мазями з естрогенами та метаболітами для поліпшення еластичності та ослаблення процесів атрофії (застосовується в менопаузі та постменопаузі).

- Використання песаріїв (маткових кілець) у літніх жінок при наявності протипоказань до хірургічного лікування. Песарії являють собою гумові кільця, наповнені повітрям різного діаметра. Підбирається за розміром індивідуально. Введений в піхву песарій не дозволяє матці зміщуватися нижче. Недоліком песарію є неможливість ввести його на тривалий термін. Велика ймовірність розвитку пролежнів і запалення вимагає змінювати маткові кільця не рідше двох разів за місяць і робити регулярні спринцювання з травами і антибактеріальними засобами.

Гумові кільця можна використовувати і у молодих жінок у ситуації, коли вони планують народжувати або мають протипоказання до хірургічного лікування.

- Спеціальний бандаж при опущенні матки для жінок будь-якого віку. Призначається на початкових стадіях захворювання і підходить для короткострокового використання. Добре зарекомендував себе бандаж при опущенні матки у вагітних пацієнток.

- Гінекологічний масаж відновлює кровопостачання в області малого тазу, нормалізує роботу кишечника і усуває запальні процеси і підвищує тонус піхвових м'язів. Може застосовуватися в якості самостійного методу при незначних змінах положення матки або в складі комплексної терапії. Масаж проводиться лише в умовах медичного закладу підготовленим фахівцем.

Якщо консервативна терапія не змогла зупинити процес зсуву геніталій, доводиться вирішувати питання про проведення хірургічного лікування. Якщо у пацієнтки діагностується важка ступінь опущення або випадання матки до оперативного лікування приступають відразу.

Заходами профілактики опущення матки є:

- Правильна фізична навантаження.

- Грамотне ведення вагітності та пологів, а також відновлення нормального м'язового тонусу в післяпологовому періоді.

- Лікувальна фізкультура для всіх жінок, схильних до опущення матки.

- Замісна гормональна терапія (ЗГТ) у менопаузі (тільки за показаннями).

- Лікування екстрагенітальних захворювань, які є фоновими для зміщення геніталій.

Найкращою профілактикою опущення матки служить своєчасний візит до лікаря. Подібно до будь-якого захворювання, зміщення матки, виявлене в початкових стадіях, усунути набагато простіше.

Операція при опущенні матки

Хірургічне лікування є альтернативою для вже народжували і літніх пацієнток з опущенням матки.

Також воно прийнятне для тих жінок, які не хочуть або не можуть вдаватися до інших методів лікування, мають важкі та/або ускладнені форми пролапсу геніталій.

Мабуть, немає жодної гінекологічної патології, що має таку велику кількість методів хірургічного лікування опущення (або випадання) геніталій. В арсеналі сучасної хірургії налічується кілька сотень (!) варіантів лікування зміщення статевих органів, кожен з яких має свої переваги і недоліки. На жаль, жоден з існуючих методів хірургічного лікування не виключає опущення матки після операції, незалежно від кваліфікації хірургів. Рецидиви захворювання у 30-35% прооперованих пацієнтів з'являються, як правило, у перші три роки після операції.

При виборі методу операції враховується безліч факторів:

- Ступінь пролапсу геніталій. Важкі форми (міри) захворювання вимагають більш серйозних (радикальних) втручань.

- Вік. У літньому віці сподіватися на консервативні методи можливо не завжди, відмова від хірургічного лікування може бути виправданий наявністю серйозних протипоказань або початкової ступенем зміщення геніталій. Обсяг оперативного втручання у немолодих жінок, як правило, розширюється.

- Екстрагенітальна патологія. Перед будь-якою хірургічною маніпуляцією пацієнтка повинна проконсультуватися з лікарями суміжних спеціальностей і отримати їх згоду на проведення операції.

- Поєднання опущення матки з супутнім цисто - та/або ректоцеле.

- Думка пацієнтки. У деяких випадках жінки відмовляються від того чи іншого виду оперативного

втручання. Особливо це стосується видалення матки.

При всьому різноманітті методів лікування, їх можна розділити на кілька груп відповідно головному ознакою - за рахунок якого анатомічного утворення (м'язи, зв'язки і так далі) усувається аномальне розташування геніталій.

Перша група складається з операцій спрямованих на зміцнення м'язів тазового дна. В деяких випадках вони мають самостійне значення, а іноді проводяться в якості додаткових заходів до інших операцій.

Друга група операцій проводиться з метою зафіксувати матку шляхом укорочення маткових зв'язок. Для цього використовується кругла зв'язка матки, її вкорочують і підшивають до тіла матки. Короткі зв'язки не дають матці зміщуватися вниз і утримує її на місці.

Операції третьої групи відрізняються більшою складністю та обсягом. Для зміцнення фіксуючого апарату матки використовуються всі наявні зв'язки, які зшиваються між собою. До цієї групи належить найпопулярніша і ефективна «манчестерська операція», що відрізняється високим травматизмом (позбавляє пацієнтку репродуктивної функції).

Хірургічні методи жорсткої фіксації матки до кісток тазу відносяться до четвертої групи оперативного лікування.

П'ята група операцій застосовує методи пластичної хірургії. Їх суть полягає в заміні зв'язок і/або м'язів синтетичними матеріалами. Даний метод не отримав широкого розповсюдження із-за великої кількості рецидивів захворювання та наявності ускладнень.

Операції по зменшенню розміру піхви відносяться до шостої групи.

Сьома група хірургічних втручань утворена радикальними операціями видалення матки.

Найбільш доцільним вважається комбіноване хірургічне лікування з використанням методів з різних груп.

Всі проведені операції пов'язані з ризиком розвитку ускладнень. Повторне опущення матки після операції не завжди вказує на недоліки застосованого хірургічного методу і може бути пов'язано зі слабким здоров'ям пацієнтки або порушенням нею післяопераційних рекомендацій лікуючого хірурга. Ризик розвитку інших ускладнень при міцне здоров'я пацієнтки невеликий.

Успішна операція не виключає наявності схильності до зміщення матки. Тому необхідно дотримуватися всіх заходів профілактики і не уникати відвідувань кабінету лікаря.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
3. Лихачов В.К. Практическая гинекология:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
4. Лапароскопия в гинекологии: Руководство / Гл. ред. Г.М.Савельева. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.
Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська.

25.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03.2015 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.

