

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 циклу тематичного**  
**удосконалення**  
**«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Органозберігаючі операції при післяпологових кровотечах.</b> (Код курсу 2.4.2)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 годин.

## **I. Мета заняття**

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

## **II. Об'єм повторної інформації**

1. Будова внутрішніх і зовнішніх статевих органів жінки
2. Будова та топографія тазового дна.
3. Кровообіг жіночих статевих органів.
4. Венозні сплетіння органів малого таза.
5. Топографія органів черевної порожнини і малого таза.
6. Правила асептики і антисептики.
7. Методика ушивання ран.
8. Методи загального обстеження.
9. Параметри нормального гомеостазу.
10. Клінічний перебіг та ведення післяпологового періоду.

## **III. Об'єм нової інформації**

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».

2. Визначення поняття патологічної кровотечі.
3. Фактори ризику післяпологової кровотечі.
4. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
5. Класифікацію кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
6. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
7. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
8. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у I ранньому післяпологовому періоді.
9. Методи зупинки кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періодах.

#### **IV. План проведення заняття**

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	15
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	90
3.	Опанування практичних навичок.	330
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	45
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	45
6.	Підсумок заняття.	15

#### **V. Умови для проведення заняття**

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних, пологове відділення, операційна.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

#### **Методичні і ілюстративні матеріали**

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
3. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».
4. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

5. Добірка ситуаційних задач.
6. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
7. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок з хірургічного гемостазу.

#### **V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан. +	овол. +
1.	Оцінити фактори ризику акушерських кровотеч.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерських кровотеч.		+	
3.	Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому і пізньому післяпологовому періодах.		+	
4.	Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.		+	
5.	Відпрацювати на муляжах методи консервативної і хірургічної зупинки кровотечі.			+
6.	Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.		+	
7.	Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.		+	

#### **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. Дайте визначення поняття "рання і пізня післяпологова кровотеча"?
2. Яка класифікація ранніх післяпологових кровотеч?
3. Які причини і патогенез гіпотонічних маткових кровотеч?
4. Яка клініка гіпотонічних і атонічних маткових кровотеч?
5. Які методи визначення величини крововтрати?
6. Який обсяг та послідовність терапевтичних заходів при гіпотонічних маткових кровотечах?

7. В чому полягає кроковий підхід до зупинки гіпотонічної маткової кровотечі?
8. Які лікарські засоби застосовуються для зупинки маткових кровотеч в післяпологовому періоді,?
9. Які показання до хірургічного лікування та обсяг оперативного втручання при гіпотонічній кровотечі в післяпологовому періоді.?
10. Які причини, діагностика, лікування пізніх післяпологових кровотеч?
11. Які основні заходи профілактики виникнення післяпологових кровотеч?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді. Скласти план обстеження при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.
2. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.
3. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
4. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
5. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у ранньому післяпологовому періоді.
6. Оцінювати фактори ризику акушерських кровотеч.
7. Проводити діагностику акушерських кровотеч.
8. Визначати обсяг крововтрати.
9. Розробити оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику по акушерським кровотечам.

### ***Тестові завдання***

1. Після закінчення нормальних пологів породіллю залишають в пологовій залі на 2 години під активним наглядом медичного персоналу. З метою профілактики якого ускладнення проводять контроль за станом породіллі?
  - A. Кровотечі в післяпологовому періоді**
  - В. Підвищення АТ
  - С. Гіпертермії
  - Д. Нападу судом
  - Е. Психоемоційного збудження.
2. Пологи завершилися народженням живого доношеного хлопчика масою 4500 г. Через 10 хвилин після народження дитини почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена і видалена рукою, проведений масаж матки, внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча відновила. Консервативні методи підвищення скорочувальної діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала понад 1200 мл. Яка подальша тактика?
  - A. Хірургічна зупинка кровотечі**
  - В. Повторне введення розчину окситоцину

- C. Вишкрібання матки
- D. Зовнішній масаж матки
- E. Накладання швів на шийку матки

3. У породіллі масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка, не реагує на введення скоротливих матку засобів. Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

- A. Розрив матки
- B. Пошкодження шийки матки
- C. **Атонія матки**
- D. Затримка частки плаценти
- E. Гіпотонія матки

4. У породіллі 22 років вагою 80 кг через 10 хвилин після народження плода вагою 4100 г та довжиною 53 см самостійно виділився послід та 100 мл крові. Матка скоротилась, через 10 хвилин кровотеча з'явилася знову, крововтрата сягнула 300 мл. Яка крововтрата вважається припустимою у даної породіллі?

- A. 1000 мл
- B. **400 мл**
- C. 500 мл
- D. 650 мл
- E. 300 мл

5. У роділлі в ранньому післяпологовому періоді виникла кровотеча. Крововтрата 1500 мл (1,8 %). Стан важкий, свідомість сплутана, ступор, t тіла - 35,7°C, шкіра бліда, периферичний ціаноз. Ps 130–140/хв, АТ 70/40 мм рт.ст., ЦВТ 20 мм вод.ст., ЧД 40/хв, погодинний діурез 15–20 мл/год, Нt 0,25, шоковий індекс 1,4, Нb 70 г/л. Якою буде тактика лікаря?

- A. Холод на низ живота
- B. Ручне обстеження порожнини матки і масаж на кулаці
- C. Накладання клем на параметрій, клемування шийки матки
- D. Введення тампона з ефіром в заднє склепіння
- E. **Лапаротомія. Екстирпація матки без додатків. Інфузійна терапія**

### *Ситуаційні задачі.*

#### **Задача 1.**

У вагітної 30 років, відбулися треті пологи в строк. Народився хлопчик вагою 4200 г. Після виділення посліду почалась кровотеча. Послід при огляді цілий. Розрив промежини 1 ст. – зашитий. Матка при пальпації м'яка, при зовнішньому масажі скоротилася, кровотеча зупинилася. Через 5 хвилин кровотеча поновилася. Яке ускладнення виникло після пологів?

### **Задача 2.**

Пологи завершилися народженням дитини масою 4300 г, зростом 52 см. Активно видалений послід, цілий. Через 10 хвилин почалась маткова кровотеча. Проведений масаж матки внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча повторилась. Консервативні методи підвищення скоротливої діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала 1200 мл. Діагноз? Що робити?

#### **Правильні відповіді:**

1. Вагітність третя, пологи треті, вчасні. Великий плід. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча.

**Тактика:** Консервативні методи зупинки кровотечі.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні. Великий плід. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча.

**Тактика:** Лапаротомія. Хірургічні методи гемостазу.

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття**

### **Перев'язування великих судин матки і/або малого тазу**

#### **Перев'язка маткових і яєчникових судин.**

Перев'язка маткових судин є альтернативою гістеректомії і дозволяє зберегти матку, а також життя пацієнтки. Крім збереження фертильності, перев'язка судин матки супроводжується меншою частотою операційних ускладнень, ніж при видаленні матки (травма сечоводу або сечового міхура, підвищена крововтрата, утворення гематом, розвиток геморагічного шоку і ДВЗ-сін - дрома), і вимагає менше часу на її виконання.

Перев'язка внутрішніх клубових артерій технічно складніша і пов'язана з ризиком пошкодження клубових вен, сечоводу і помилковою перев'язкою зовнішньої клубової артерії, тоді як двостороннє накладення лігатур на маткові і яєчникові судини — операція технічно нескладна і вкрай рідко супроводжується ускладненнями.

Мета поетапної часткової деваскуляризації матки — домогтися її ішемізації за рахунок значного зменшення кровотоку в ній, що сприяє підвищенню згортання крові і утеротонічному ефекту.

#### **Показання:**

- гіпотонічна маткова кровотеча, що триває, незважаючи на комплекс заходів щодо її зупинки, і досягла 1000-1200 мл;

- як попередня операція, у випадках, коли лікар не володіє методами радикального хірургічного гемостазу і чекає допомоги більш досвідченого фахівця.

#### *Методика.*

Після розкриття черевної порожнини матку виводять в рану, зміщують латерально вліво. Рука оперує підводиться під матку справа і дещо допереду, асистент піднімає круглу маткову зв'язку, при цьому натягується широка зв'язка матки, добре пальпується права маткова артерія і може візуалізуватися судинний пучок, а сечовід залишається фіксованим. Атрауматичною голкою довжиною 5-7 см з викриловою лігатурою виконується прокол бічної стінки матки (в товщу міометрія) на 0,5-0,7 см від краю матки і на 1 см вище рівня внутрішнього вічка шийки матки. Лігатуру проводять спереду на задню стінку матки. Зворотним ходом голки (ззаду наперед) лігатуру проводять через безсудинну зону широкої зв'язки на відстані 1,5-2 см від ребра матки. Лігатуру зав'язують, при цьому висхідні гілки маткової артерії потрапляють в петлю лігатури і перев'язуються. Таким же чином лігується маткова артерія ліворуч. Розсікати листки широкої зв'язки при цьому не треба.

Для лігування яєчникових судин другу пару лігатур накладають з обох сторін біля основ власних зв'язок яєчників з проведенням лігатури в мезосальпінкс (без перев'язування маткових труб). Для досягнення більш ефективного гемостазу додатково перев'язують круглі і крижово-маткові зв'язки. Якщо перев'язка судин виконується правильно, пульсація маткових артерій в дистальному відділі зникає, змінюється колір матки (ціаноз, потім збліднення за рахунок ішемії), вона стає щільною, кровотеча припиняється. При позитивному ефекті перев'язки судин через 15-30 хв черевну порожнину можна закрити. У разі неефективного проведення цих заходів обсяг оперативного втручання розширюється.

#### **Перев'язка внутрішньої клубової артерії (a. iliaca interna)**

Показання: масивні кровотечі з судин малого тазу та параметрію, які найчастіше виникають при розриві матки, що переходить на нижній сегмент і піхву. Такі розриви призводять до розвитку масивних, швидкопрогресуючих гематом у параметрії, ускладнюють орієнтування в тканинах. Перев'язка цієї артерії виконується також після гістеректомії (якщо кровотеча продовжується), у комплексній терапії коагулопатического кровотечі, при дифузному кровотечі з-під листків широкої зв'язки, стінок тазу, параметральної клітковини.

Методика. Внутрішня клубова артерія є медіальною гілкою загальної клубової артерії. Довжина її складає в середньому 3-4 см (від 1 до 6 см). Відходження внутрішньої клубової артерії від загальної найчастіше відбувається на рівні мису крижів або середини V поперекового хребця справа і дещо нижче і більше зовні — зліва. Кут відходження a. iliaca interna



варіює від самого гострого до 50°. Для того щоб виявити внутрішню клубову артерію, необхідно розкрити параметрій і знайти зовнішню клубову артерію, яка розташована попереду і латеральніше. Рухаючись по ходу артерії ретроградно вгору і медіально, досягають місця, де загальна клубова артерія ділиться на внутрішню і зовнішню. Звільнивши внутрішню клубову артерію від жирової клітковини тупим шляхом (можна пальцем) протягом 3-4 см, можна приступати до її перев'язування. Для цього під артерію на голки Дешана проводять капронову лігатуру і двічі перев'язують артерію, не перерізаючи її. Перед зав'язування лігатур слід перевірити наявність пульсації стегнової артерії (відсутність пульсації — ознака того, що ви помилково збираєтеся лігувати зовнішню клубову артерію). Необхідно також пам'ятати, що під внутрішньою клубовою артерією проходить однойменна вена (уникати її травмування!), особливістю анатомічного розташування якої є інтимне прилягання її до задньої стінки кісткового тазу. Парієтальну очеревину вшивають окремими викриловими швами.

Найнебезпечнішим ускладненням даної маніпуляції є помилкова перев'язка зовнішньої клубової артерії. При цьому припиняється кровообіг в нижній кінцівці, що в подальшому може вимагати її ампутації!

### **Компресійні шви на матку**

#### **Хірургічний компресійний шов по Б-Лінчу.**

Техніка накладання гемостатичного компресійного шва на матці у пацієнтки з масивним акушерським кровотечею, яка відмовилася від проведення гістеректомії, була вперше описана в 1989 р. К. Б-Лінчем (Christopher B-Lynch). Основним показанням до накладання цього шва є гіпо- і атонія матки під час кесаревого розтину. Механізм дії компресійних швів пов'язаний зі значною деваскуляризацією матки після їх накладання внаслідок механічного пережиму маткових судинних синусів, що запобігає подальше надходження крові до плацентарного майданчику і призводить до зупинки кровотечі.

Шов накладають після вилучення плоду і посліду з порожнини матки. Використовують синтетичний розсмоктуючий матеріал (вікріл № 0) довжиною не менше 90 см на великий тупий голці.

Матку виводять з черевної порожнини. Змістивши сечовий міхур донизу, роблять перший стібок в нижньому сегменті матки, відступивши зліва близько 4 см від її бічного краю і на 2-3 см нижче нижнього краю поперечного розрізу матки. Проводять нитку через порожнину матки і виклюють голку на 2-3 см вище верхнього поперечного краю розрізу матки. Далі нитку проводять на поверхні тіла матки за її передньозовнішньої поверхні через дно на задню поверхню в лівій частині матки. Наступний стібок виконують по задній стінці матки над матково-крижовими зв'язками в поперечному напрямку, проколюючи всі шари матки з виходом в порожнину матки зліва і поверненням голки на задню поверхню матки справа. Потім

проводять нитку праворуч поверх задньозовнішньої стінки матки через дно на передню стінку і роблять вкол над верхнім краєм поперечного розрізу матки праворуч через всі шари, відступивши близько 4 см від її правого краю. Потім вколюють голку зсередини (з боку порожнини матки) у нижній край поперечного розрізу матки. Затягують шов одночасно з щільним здавленням матки, проведеним асистентом, і зав'язують нитка.

Потім ушивають поперечний розріз на матці після кесаревого розтину.

### **Клінічні аспекти накладення шва по B-Lynch**

1. Застосування шва можливо як з лікувальною метою у разі розвитку гіпотонії та атонії матки, так і з профілактичною метою при кесаревому розтині, коли є ймовірність продовження кровотечі в післяопераційному періоді (placenta previa, нестійкий тонус матки, відмова жінки від необхідної гемотрансфузії за релігійними мотивами).
2. Використовують зручний шовний матеріал, що розсмоктується (Monocryl, Vikryl № 0-1), на тупий голці. Довжина шовної нитки не менше 90 см. Шовний матеріал повинен бути гнучким і достатньо стійким до натягнення, нетравматичним для міометрія.
3. Відсутність в порожнині матки згустків крові, плацентарної тканини.
4. Достатнє розкриття шийки матки для вільного відтоку вмісту порожнини матки.
5. Простота накладення шва, його ефективність і незначна витратність.
6. Збереження фертильності та попередження випадків материнської смертності від МАК.

**Інші компресійні шви на матку.** У 2000 р. J. H. Cho і співавт. запропонували накладати квадратоподібні компресійні шви на передню і задню стінки матки у пацієнок з МАК. Накладають по чотири квадратоподібних шва на передню і задню поверхню матки.

У 2002 р. K. S. Nauman застосував два вертикальних шва з кожного боку матки (без розкриття її порожнини) у пацієнок з масивним післяпологовим кровотечею: після здавлення матки в передньо-задньому напрямку проводять великий голкою нитку з передньої на задню поверхню матки (через всі шари передньої і задньої стінки матки) в її нижньому відділі, потім перекидають нитку з задньої поверхні матки на її передню поверхню через дно матки і зав'язують кінці ниток.

Застосовуються також циркулярні шви по Перейрі. При цьому накладається кілька (3-4) окремих циркулярних швів, які охоплюють матку в поперечній площині. Шви послідовно накладають і зав'язують, просуваючись від дна до перешийку матки.

Наступні публікації з використання компресійних швів на фоні гіпотонії/атонії матки підтвердили їх позитивні результати у зменшенні материнської захворюваності, смертності та збереження фертильності. Але не проводилися дослідження порівняльної ефективності різних варіантів застосування компресійних швів. За даними різних авторів, ефективність накладення компресійних швів коливається в межах 72-82% . Правда, відзначений підвищений рівень гістеректомій після проведення цих операцій.

### **Емболізація маткових артерій**

Емболізація маткових артерій (ЕМА), понад 20 років успішно застосовується для зупинки післяпологових кровотеч, включає ряд етапів:

- пункцію і катетеризацію стегнової артерії з проведенням катетера до маткової артерії;
- артериоскопію (для підтвердження правильного внутрішньосудинного положення катетера в просвіті артерії);
- артеріографію маткових артерій;
- безпосередньо катетерную емболізацію маткової артерії (металеві спіралі, частинки полівінілацетату, гідрогель, акрилові мікросфери);
- контрольну артеріографію.

Після успішного проведення ЕМА наступають ішемізація міометрія і стійкий утеротонічний ефект. У наступні кілька годин кровотік в матці відновлюється за рахунок розкриття численних анастомозів.

## **VIII. Основна література для опрацювання**

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей / В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
4. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.

6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».
8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас.кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

**5.01.2017**

**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.**