

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 ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Багатоплідна вагітність. Ведення вагітності та пологів. (код курсу 4.02.16)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів. При наявності вагітності двома плодами кажуть про двійню, трьома - про трійню і т.д. Пологи двійнею зустрічаються один раз на 87 пологів, трійнею - один раз на 87^2 (6400) двійнь, четвернею - один раз на 87^3 (51200) троень і т.д. (згідно формулі Галліна). За останні 10 років у світі відзначено прогресуюче зростання багатоплідності, не в останню чергу завдяки поширенню допоміжних репродуктивних технологій і значному відсотку пологів у жінок віком понад 35 років.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Визначення поняття багатоплідна вагітність.
2. Фактори що сприяють розвитку багатоплідної вагітності.
3. Діагностика багатоплідної вагітності .
4. Класифікація багатоплідної вагітності.
5. Ускладнення багатоплідної вагітності.
6. Критерії ступеня важкості ускладнень багатоплідної вагітності.
7. Ведення багатоплідної вагітності.
8. Розродження при багатоплідної вагітності .
9. Післяпологовий період при багатоплідної вагітності .

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій;
- протягом усього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі(своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невідомою частиною морально етичних норм професій лікаря.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Діагностувати багатоплідну вагітність .	Провести зовнішньо акушерське обстеження вагітної.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Прогнозувати ризик розвитку ускладнень при багатоплідної вагітності для матері та	Оцінювати показання до оперативного розродження багатоплідної вагітності .	Призначати лікування післяпологових ускладнень при багатоплідної вагітності, виписувати рецепти

НЕМОВЛЯТ.	.	
-----------	---	--

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Визначення актуальності теми</p> <p>Визначення навчальних цілей лекції</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації</p> <p>Вихідний рівень знань</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>Навчальні цілі лекції.</p> <p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>1.Провести збір анамнестичних даних;</p> <p>2. Класифікацію варіантів багатоплідної вагітності.</p> <p>3. Фактори що сприяють розвитку багатоплідної вагітності.</p> <p>4. Методи діагностики багатоплідної вагітності.</p> <p>5.Методи лікування ускладнень при багатоплідної вагітності.</p>	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <p>1. Визначення поняття «багатоплідна вагітність».</p>	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.</p> <p>Мультимедійний супровід.</p>	75 хв.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Фактори що сприяють розвитку багатоплідної вагітності. 3. Класифікація варіантів багатоплідної вагітності. 4. Діагностика багатоплідної вагітності. 5. Методи діагностики ускладнень багатоплідної вагітності. 6. Критерії ступеня важкості ускладнень багатоплідної вагітності. 7. Основні принципи лікування ускладнень багатоплідної вагітності . 8. Ведення багатоплідної вагітності. 9. Розродження при багатоплідної вагітності . 10. Післяпологовий період при багатоплідної вагітності . 		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції. 	<p>Заключний етап</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначення поняття багатоплідна вагітність. 2. Фактори що сприяють розвитку багатоплідної вагітності. 3. Діагностика багатоплідної вагітності . 4. Класифікація багатоплідної вагітності. 5. Ускладнення багатоплідної вагітності. 6. Критерії ступеня важкості ускладнень багатоплідної вагітності. 7. Ведення багатоплідної вагітності. 8. Розродження при багатоплідної вагітності . 9. Післяпологовий період при багатоплідної вагітності . 	<p>10 хв.</p>

IV. Зміст навчального матеріалу

Особливості перебігу і ведення пологів при багатоплідній вагітності.

Різні варіанти розвитку багатопліддя .

Розрізняють двійні *двоййцеві*, які утворюються від запліднення двох яйцеклітин, та *однойцеві* - з однієї яйцеклітини в результаті атипичного дроблення яйця. Співвідношення одно- до двойцевих двоїн 1:10.

Причина дозрівання одночасно кількох яйцеклітин - підвищена кількість фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Це може бути спадкоємно детерміновано, а також наслідком медикаментозної дії (застосування стимуляторів овуляції, відміна синтетичних естроген-гестагенних препаратів, екстракорпоральне запліднення).

До факторів, що впливають на частоту народження дизиготних (двойцевих) близнюків відносяться: вік матері, кількість пологів та час зачаття після припинення прийому оральних контрацептивів. Доведено, що при прийомі оральних контрацептивів протягом понад 6 місяців й зачаття в межах 1 місяця вірогідність настання вагітності двома плодами збільшується майже вдвічі. *Однойцеві двійні можуть бути двоамніотичні та моноамніотичні, дихоріальними та монохоріальними.* Походження однойцевих (монозиготних) близнюків пов'язане з поділом єдиного ембріонального зародку на дві та більше частин. Якщо розподіл відбувся в перші три дні після запліднення (1/3 всіх випадків) розвивається двохоріальна вагітність (біхоріальний біамніотичний тип плацентації), якщо на 3-8 добу, тобто до появи плідного міхура, розвивається вагітність з монохоріальним біамніотичним послідом, на 9-12 добу - монохоріальна моноамніотична вагітність. Після 12-ї доби повний розподіл ембріональних зачатків неможливий і розвиваються зрощені близнюки.

У більшості випадків виникнення однойцевих близнюків розподіл зародкових листків відбувається до 8-го дня (монохоріальний двоамніотичний послід).

Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді

Загальні неприємні симптоми багатоплідної вагітності („малі” ускладнення багатоплідної вагітності): печія; біль у попереку; геморої; обмеженість рухливості; набряки; підвищене сечовиділення; закрепи; підвищена стомленість.

Можливі ускладнення багатоплідної вагітності: надмірна блювота вагітних; самовільні викидні; передчасні пологи (у 50% випадків); підвищення артеріального тиску; преєклампсія та гестаційна гіпертензія (зустрічаються у 5 разів частіше, ніж при одноплідній вагітності); діабет вагітних; анемія вагітних; варикозна хвороба; багатоводдя; оперативне розродження.

Ризик для плодів: аномалії розвитку плодів; наявність монохоріального типу плацентації (обидва плоди мають одну плаценту) та пов'язаний з цим синдром фето-фетальної трансфузії; затримка розвитку плодів; дистрес плодів.

Ускладнення монохоріального типу плацентації - Синдром фето-фетальної трансфузії:

В кожній монохоріальній плаценті присутні судинні анастомози, що поєднують кров'яні русла обох плодів. У деяких випадках баланс в обміні кров'ю між плодами порушається - кров від одного плода (донора) по артеріовенозним анастомозам плаценти починає поступати в кров'яне русло іншого плода (реципієнта). Розвивається *синдром фето-фетальної трансфузії*, важкість якого залежить від сумарного об'єму крові, що поступає від одного плода до іншого. Плід донор страждає від гіповолемії, гіпоксії, олігурії, розвивається затримка розвитку плода. Реципієнт, навпаки, страждає від гіперволемії, яка приводить до поліурії, багатоводдя, серцевої недостатності з високим серцевим викидом. Більш ніж 90% вагітностей, ускладнених синдромом фето-фетальної трансфузії закінчується самовільним викиднем або передчасними пологами.

Лікування: амніоцентез кожні 1-2 тижні з аспірацією великої кількості навколоплідних вод. Більш сучасним методом лікування є введення в порожнину матки тонкого ендоскопа та лазерна коагуляція плацентарних анастомозів (70% плодів виживають).

Ризик для новонародженого:

- **недоношеність.** Передчасні пологи виникають у 50% вагітностей двійнею, 90% вагітностей трійнею.
- **підвищена перинатальна захворюваність та смертність.** У порівнянні з одноплідною вагітністю, новонароджені з двійні мають у сім разів вище ризик померти протягом першого місяця життя, а новонароджені з трійні - у 20 разів. Близько 50% всіх випадків неонатальної смерті дітей від багатоплідної вагітності пов'язані з недоношеністю, в першу чергу з РДС.
- **інвалідність.** Близько 25% дітей з масою тіла при народженні менш ніж 1000 г є інвалідами.

Діагностика багатоплідної вагітності

Достовірне розпізнавання багатоплідної вагітності в ранні терміни можливе тільки при застосуванні ультразвукового дослідження. У другій половині вагітності звертають увагу на невідповідність розмірів матки терміну вагітності. При пальпації визначають багато дрібних частин, дві голівки, дві спинки (або більше). При аускультатії - дві або більше точок визначення серцебиття плода й зони мовчання між ними. Висота стояння дна матки більше, ніж при одноплідній вагітності в ті ж терміни. При вимірюванні довжини плода тазоміром - велика довжина плода при невеличкій голівці.

Найбільш точним методом діагностики багатоплідної вагітності є УЗД. За допомогою УЗД можна виконати ранню діагностику і визначити характер розвитку плодів та ін. Оптимальним методом організації ранньої діагностики багатоплідної вагітності є проведення першого УЗД в 9-11 тижнів. В подальшому проводиться друге УЗД - в 16-20 тижнів, третє УЗД - в 32-36 тижні та за показаннями. Показане своєчасне медико-генетичне консультування.

Особливості ведення багатоплідної вагітності

Данні рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про відсутність зниження частоти передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю, яким було призначено постільний режим в умовах стаціонару, у порівнянні з жінками, які залишались на амбулаторному нагляді. На сьогоднішній день практика рутинної госпіталізації та призначення постільного режиму для вагітних при багатоплідді не рекомендується .

Згідно сучасних наукових даних, рутинний профілактичний шов на шийку матки при багатоплідній вагітності не може бути рекомендований, крім випадків, коли виявляються ознаки істміко-цервікальної недостатності .

Більшість рандомізованих досліджень не підтвердили ефективність внутрішньовенного або перорального застосування токолітиків для профілактики передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Використання токолітиків при багатоплідній вагітності може бути обґрунтовано лише наявністю показань (клінічні ознаки загрози переривання вагітності) .

Особливості ведення пологів при багатоплідній вагітності

Дані контрольованих досліджень, на підставі яких можливо було б визначити який метод розродження, кесарський розтин чи пологи через природні пологові шляхи, має перевагу для жінок при багатоплідді, відсутні.

Але необхідно пам'ятати, що ризик розвитку ускладнень пологів при **багатоплідній вагітності вище, ніж при вагітності одним плодом.**

Ускладнення пологів та післяпологового періоду при багатоплідній вагітності: слабкість пологової діяльності; відшарування та виділення посліду до народження другого плода, як наслідок - внутрішньоутробна загибель другого плода; передчасне вилиття навколоплідних вод; випадіння дрібних частин плода та пуповини; колізія близнюків; поперечне положення другого плода;

кровотеча у третьому періоді пологів, у ранньому післяпологовому періоді; субінволюція матки в післяпологовому періоді.

При потиличному передлежанні I плода, цілому плідному міхурі, регулярній пологовій діяльності і доброму стані плодів пологи ведуть під кардіомоніторним контролем за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за вставленням і опусканням передлеглої частини I плода. Потрібно відмітити, що внаслідок невеликих розмірів плодів, починаючи з розкриття шийки матки на 6-7 см і більше, паралельно з цим відмічається опускання передлеглої частини в порожнину малого тазу. Це обумовлює труднощі в точному визначенні закінчення 1-го періоду пологів і початок II-го періоду пологів.

Знеболення пологів не відрізняється від знеболення при одноплідній вагітності: щоб попередити аортокавальну компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багатоводдя, показаний розтин плідного міхура при відкритті шийки матки 4 см та повільне випускання вод.

Після народження першого плода показаний розтин плідного міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

За показаннями проводять абдомінальне розродження: трійня, або більша кількість плодів; моноамніотична двійня; зрощені близнюки; поперечне положення обох або одного з плодів; тазове передлежання обох плодів, або першого з них; дистрес одного або двох плодів; аномалії пологової діяльності; випадіння пуповини або дрібних частин плода.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Визначення поняття багатоплідна вагітність.
2. Фактори що сприяють розвитку багатоплідної вагітності.
3. Діагностика багатоплідної вагітності .
4. Класифікація багатоплідної вагітності.
5. Ускладнення багатоплідної вагітності.
6. Критерії ступеня важкості ускладнень багатоплідної вагітності.
7. Ведення багатоплідної вагітності.
8. Розродження при багатоплідної вагітності .
9. Післяпологовий період при багатоплідної вагітності .

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Оцінити фактори ризику розвитку ускладнень при багатоплідної вагітності (за даними історії пологів).
2. Оцінити ступінь тяжкості ускладнень при багатоплідної вагітності (за даними історії пологів).
3. Визначити показання до розродження при ускладненнях багатоплідної вагітності (за даними історії пологів).

Тестові завдання

1
У вагітної пальпуються 3 великі частини плода, серцебиття вислуховується у 2 різних місцях, великий обвід живота. Про що йде мова?

1. Великий плід
2. Багатоводдя
3. Багатопліддя
4. Вади розвитку плода
5. Неправильне розташування плода

2

В жіночу консультацію звернулася пацієнтка в терміні 37 тижнів вагітності. Раніше до лікаря не зверталась через сімейні обставини [багатодітна мати]. Відчуває посилені рухи плода по всьому животу. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Обвід живота - 122 см, ВДМ - 40 см. Пальпуються 2 великі частини плода [праворуч на рівні пупка і у дні матки]. Передлегла частина голівка, рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода вислуховується у багатьох точках, 140 уд/хв, ритмічне. Який найбільш імовірний діагноз?

1. Вагітність і фіброміома матки
2. Багатоводдя
3. Багатоплідна вагітність
4. Міхурцевий занесок
5. Великий плід

3

Роділля 24 років. Вагітність 39 тижнів, двійня. Перший та другий плоди розташовані повздовж, в головному передлежанні. Серцебиття плодів до 140-150 уд/хв. Кінець першого періоду пологів, який продовжувався 10 годин. Який метод профілактики кровотечі необхідно використати в ранньому післяпологовому періоді?

1. Зовнішньо-внутрішній масаж матки
2. Введення тампону з ефіром в заднє склепіння піхви
3. Внутрішньовенне введення метілергометрину
4. Накладання лігатур на шийку матки
5. Накладання затискачів на шийку матки

4

Під час строкових пологів двійнею, після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплідні води. В процесі вагінального дослідження в піхві знайдено пульсуючу пуповину другого плода. Голівка плода притиснута до термінальної лінії, легко відштовхується. Спроби запровадити пуповину безуспішні. Серцебиття плода 160 д./хв. Передбачувана маса плода 2500 г. Яка має бути тактика лікаря?

1. Комбінований зовнішньовнутрішній поворот плода на ніжку з наступним його вилученням.
2. Операція кесарського розтину.
3. Вакуумекстракція плода.
4. Накласти акушерські щипці.
5. Лікувати гіпоксію плода і роди вести консервативно.

5

Доношена вагітність, двійня. 5 хв. тому народився перший плід у головному передлежанні. При піхвовому дослідженні плодовий міхур другого плода цілий. Передлежать ніжки другого плода. Серцебиття плода приглушене 160/хв. Що робити?

1. Ведення пологів за Цов'яновим.
2. Кесарів розтин.
3. Амніотомія. Витягання плода за ніжку.
4. Зовнішній поворот плода на голівку.
5. Лікування гіпоксії плода.

6

До кровотеч в ранньому післяпологовому періоді призводить:

1. Слабкість пологової діяльності
2. Багатоводдя
3. Багатоплідність
4. Великий плід
5. Все вище перераховане

7

Найбільш частою причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти є:

1. Пізній гестоз вагітних
2. Травма живота
3. Переношування вагітності
4. Багатоводдя, багатоплідність
5. Коротка пуповина

8

Після народження першого плода в матці виявлений другий у поперечнім положенні. Серцебиття плода ясне, 136 в хвилину. Води другого плода не відійшли. Що робити?

1. Уточнити позицію другого плода
2. Зробити піхвове дослідження
3. Розкрити плодовий міхур
4. Зробити зовнішньо-внутрішній акушерський поворот
5. Усе вище перераховане

9

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

1. Атонія матки
2. Пошкодження шийки матки
3. Розрив матки
4. Затримка частки плаценти
5. Гіпотонія матки

Типові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. В жіночу консультацію звернулася пацієнтка в терміні 37 тижнів вагітності. Раніше до лікаря не зверталась через сімейні обставини [багатодітна мати]. Відчуває посилені рухи плода по всьому животу. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Обвід живота - 122 см, ВДМ - 40 см. Пальпуються 2 великі частини плода [праворуч на рівні пупка і у дні матки]. Передлегла частина голівка, рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода вислуховується у багатьох точках, 140 уд/хв, ритмічне. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Роділля 24 років. Вагітність 39 тижнів, двійня. Перший та другий плоди розташовані повздовж, в головному передлежанні. Серцебиття плодів до 140-150 уд/хв. Кінець першого періоду пологів, який продовжувався 10 годин. Який метод профілактики кровотечі необхідно використати в ранньому післяпологовому періоді?
3. Доношена вагітність, двійня. 5 хв. тому народився перший плід у головному передлежанні. При піхвовому дослідженні плодовий міхур другого плода цілий. Передлежать ніжки другого плода. серцебиття плода приглушене 160/хв. Що робити?

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Септичні захворювання в акушерстві»

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (геморагічний шок у акушерстві, септичний шок, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві).
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2005 № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (геморагічний шок в акушерстві).
4. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
5. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
6. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.
7. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
8. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
9. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. – 29 с.

10. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
11. Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Руководство.-СПб: Спец. Литература,2005. - 459 с.

Рекомендована література по темі наступної лекції «Септичні захворювання в гінекології»

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с..
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.- . – 90 с.
3. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
4. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с. ..
5. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с
6. .Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Методичну розробку лекції підготував зав. кафедри акушерства і гінекології № 2 професор, доктор медичних наук В.К.Ліхачов.

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол №4 від 17.11.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_03_”_02_____2015__р.

