

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:	Операції при злоякісних пухлинах статевих органів (код курсу 15.5)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 24 годин.

I. Мета заняття

Головною проблемою наукової та практичної медицини з давніх-давен, та і сьогодні, є проблема раку, його профілактики, раннього виявлення та своєчасного лікування. Особливо гострою вона є у жінок, тому що саме у них нерідко виникають так звані візуальні форми раку репродуктивної системи, тобто такі локалізації процесу, які можна побачити на статевих органах жінки при огляді без спеціальних методів дослідження. Рак статевих органів у жінок зустрічається частіше, ніж у чоловіків. У жінок раком здебільшого уражуються молочні залози, шийка та ендометрій матки і яєчники, рідше - зовнішні статеві органи та піхва. На жаль, захворюваність на рак геніталій протягом останніх п'яти років не знизилась і, мабуть, не зменшиться у майбутньому. Проте частіше почав виявлятися рак шийки матки у молодих жінок віком понад 30 років. Однією з причин такого явища є неувага жінок до свого здоров'я, нехтування профілактичними оглядами та своєчасним лікуванням фонових та передракових захворювань шийки матки.

II. Об'єм повторної інформації

1. Особливості злоякісних пухлин.
2. Фонові та передракові захворювання.
3. Клініку злоякісних пухлин.
4. Діагностику злоякісних пухлин.
5. Профілактику злоякісних пухлин.

III. Об'єм нової інформації

1. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів їх особливості.
2. Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів, діагностика, лікування.
3. Диспансеризація хворих з фоновими захворюваннями.
4. Рак шийки матки класифікація, клініка, методи діагностики, методи лікування.
5. Рак тіла матки клінічні прояви, методи діагностики, види та методи лікування
6. Злоякісні пухлини яєчників: форми, стадії, діагностика.
7. Профілактика онкозахворювань та рання діагностика злоякісних новоутворень.

V. Умови для проведення заняття

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

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
4. Інструментарій для вконання операції

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез		+	
2.	Провести піхвове дослідження		+	

3.	Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження		+	
4.	Асистенція на операціях		+	

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. Зоякісні пухлини жіночих статевих органів їх особливості.
2. Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів, діагностика, лікування.
3. Диспансеризація хворих з фоновими захворюваннями.
4. Рак шийки матки класифікація, клініка, методи діагностики, методи лікування.
5. Рак тіла матки клінічні прояви, методи діагностики, види та методи лікування
6. Злоякісні пухлини яєчників: форми, стадії, діагностика.
7. Профілактика онкозахворювань та рання діагностика злоякісних новоутворень

Завдання для самостійної роботи по темі 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. Який найбільш важливий діагностичний тест повинний бути проведений у хворі 25 років із щільною безболісною виразкою вульви і безболісними збільшеними паховими лімфовузла
2. Визначення трепонемних антитіл.
3. Ідентифікація хламідій.*
4. Рентгенолімфографія.
5. Посів культури на мікобактерії Коха.
2. Що характерно для істинної ерозії шийки матки?
 1. Не відноситься до запальних захворювань.
 2. Лікування в основному місцеве, прогноз сприятливий.*
 3. Характеризується тривалістю існування /1-3 місяця/.
 4. Ніколи не переходить у псевдоерозію.
 5. Зустрічається досить часто і переважно в молодому віці.
3. Крауроз вульви:
 1. Зустрічається, як правило, у молодому віці.
 2. Супроводжується вираженим болючим синдромом.
 3. Супроводжується сверблячкою.*
 4. Не приводить до психоемоційних порушень.
 5. Це гіперпластичний процес.
4. Дисплазія шийки матки:
 1. Найбільше часто виявляється в жінок до 35 років.
 2. Складає 15-18% усіх патологічних процесів шийки матки.*
 3. Для неї не характерне порушення дозрівання і диференціювання кліток багат шарового: плоского епітелію.
 4. При її наявності не спостерігається дискератозу.
5. Укажіть кольпоскопічну картину, характерну для ектропіона:
 1. Циліндричний епітелій як би покриває шийкові матки, але не переходить границю плоского епітелію.*

2. Видна нижня третина цервікального каналу, покрита циліндричним епітелієм.
3. Циліндричний епітелій розповсюджений за межі зовнішнього вічка.
4. Наявність острівців циліндричного епітелію на тлі багат шарового плоского епітелію.
- 6. Укажіть характерну кольпоскопічну картину для придбанної або уродженої псевдоерозії:**
 1. Циліндричний епітелій як би покриває шийкові матки, але не переходить границю плоского епітелію.
 2. Видна нижня третина цервікального каналу, покрита циліндричним епітелієм.
 3. Циліндричний епітелій розповсюджений за межі зовнішнього вічка.*
 4. Наявність острівців циліндричного епітелію на тлі багат шарового плоского епітелію.
- 7. Для якої патології шийки матки характерна дана кольпоцервікоскопічна картина: поверхня шийки матки покриті плоск епітелієм, іноді трохи більш інтенсивного рожевого кольору, на ній видні ovulae Nabothi?**
 1. Ектопія циліндричного епітелію.
 2. Незакінчена доброякісна зона трансформації.
 3. Закінчена доброякісна зона трансформації. *
 4. Істинна ерозія.
 5. Екзо- і ендоцервіцит.
 6. Субепітеліальний ендометріоз.
- 8. Для якої патології шийки матки характерна дана кольпоцервікоскопічна картина: вогнища гіперемії з безліччю правильних деревоподібних судин, що зникають під впливом розчину оцтової кислоти?**
 1. Ектопія циліндричного епітелію.
 2. Незакінчена доброякісна зона трансформації.
 3. Закінчена доброякісна зона трансформації.
 4. Істинна ерозія.
 5. Екзо- і ендоцервіцит.*
 6. Субепітеліальний ендометріоз.
- 9. Поліпоз ендометрію найчастіше виникає:**
 1. У менопаузі.
 2. Після пологів.
 3. У клімактеричному періоді.*
 4. Під час лікування естрогенами.
 5. Після припинення прийому оральних контрацептивів.
- 10. Чи можливо саркоматозне переродження ендометрію?**
 1. Так.
 2. Ні.*
- 11. У хворої 30 років виявлена аденоматозна гіперплазія ендометрію. Яке лікування їй буде призначено?**
 1. Променева терапія.
 2. Хіміотерапія.
 3. Лікування гестагенами. *
 4. Лікування естрогенами.
 5. Спостереження за хворою.
- 12. При цитологічному дослідженні аспірата з порожнини матки виявлені атипові зміни. Ваша подальша тактика? (оптимальний варіант):**
 1. Почати гормональну терапію.
 2. Зробити гістероскопію.
 3. Рекомендувати жінці хірургічне лікування / екстирпація матки /.
 4. Зробити роздільне діагностичне вискоблювання.*
 5. Зробити гістерографію.
- 13. У хворої 48 років у результаті діагностичного вишкрібання виявлені поліпи ендометрію. Яке лікування їй варто призначити?**
 1. Лікування прогестероном.
 2. Лікування мікрофоліном і прогестероном.
 3. Лікування 17-ОПК. *
 4. Лікування бісекурином, нонов

Задачі

1. У хворої 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки

старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу? (Кольпоскопію)

2. У жінки 32 років виявлено при огляді шийки матки в дзеркалах гіперемію цервікального каналу та піхвової частини матки. За допомогою якого методу можна встановити патологію шийки матки. (кольпоскопія з біопсією)

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Рак вульви посідає 4-е місце в структурі захворюваності жіночих статевих органів та смертності від неї і складає 3-5 % від усіх злоякісних пухлин геніталій. Найчастіше рак вульви зустрічається у жінок старшого віку, особливо після 70 років, а у жінок, яким більше 85 років, майже досягає рівня захворюваності на рак шийки і тіла матки. Дистрофічні захворювання можуть розглядатися як індикатори ризику розвитку раку вульви. Для хворих на рак вульви характерний скорочений репродуктивний вік за рахунок пізнього менархе і раннього настання менопаузи. Кольпоцитологічні і гормональні дослідження виявляють гіпоестрогенію у багатьох хворих в репродуктивному віці і при менопаузі. Гіпоестрогенія може стати причиною атрофічних і дистрофічних змін вульви. У кожній третій хворій на лейкоплакію спостерігалася ожиріння, в 5 % було виявлено клінічний цукровий діабет, у 43 % - гіпертонічну хворобу. Це свідчить про порушення у деяких хворих гіпоталамо-гіпофізарної і адреналової систем. За даними М.І. Штемберга (1980), при дистрофії вульви часто знижується функція кори надниркових залоз, зменшується вміст рецепторів стероїдних гормонів в тканинах вульви, особливо естрогенів і кортикостероїдів. Таким чином, для хворих на рак вульви характерні пізнє статеве дозрівання, раннє настання менопаузи і висока фертильність. У більшості хворих на рак вульви задовго до розвитку пухлини виявляються ознаки гіпоестрогенії, які в деяких жінок поєднуються з порушенням жирового і вуглеводного обміну. Як показали дослідження, більше ніж у 80 % хворих на рак вульви в сироватці крові є компліментзв'язуючі антитіла до вірусу НРS-2. Я.В. Бохман (1986) ідентифікував НРУ в ракових пухлинах вульви. Є підстави вважати, що в патогенезі раку вульви велике значення мають екзогенні фактори, серед них найбільш вірогідною є роль вірусної інфекції. Профілактика раку вульви полягає в своєчасній діагностиці та лікуванні фонових та передракових захворювань. Діагностика цієї локалізації раку легка, тому що вона здійснюється простим оглядом з використанням цитологічного та гістологічного методів дослідження. Ракові вульви передують ряд фонових захворювань, які характеризуються порушенням структури і диференціювання (дозрівання) багатошарового пластинного епітелію, дистрофічними змінами в стромі. На шкірно-слизових покриттях зовнішніх статевих органів можна виявити понад сто захворювань різного генезу. Це, зокрема, можуть бути шкірні, венеричні, дистрофічні, інволютивно-склеротичні, пігментні порушення, дисплазії, преінвазивний та інвазивний рак. Багато з цих захворювань мають подібну симптоматику, а іноді і перші прояви хвороби. Нерідко ракові вульви передують фонові захворювання, серед яких найчастіше зустрічаються гострокінцеві кондиломи, лейкоплакія та крауроз вульви.

Гострокінцеві кондиломи мають вірусну етіологію, деколи супроводжують гонорею. Найчастіше зустрічаються в молодому віці, іноді проявляються і починають швидко рости під час вагітності. Гострокінцеві кондиломи виникають у вигляді бородавчастих виступів на поверхні шкіри, бувають поодинокими або множинними. Іноді спотерігається їх малігнізація.

Клінічний перебіг раку вульви. Хворі скаржаться на наявність пухлини, дискомфорт, свербіння, подразнення шкіри вульви, болючі виразки, гнійні виділення та кровотечі. Симптоматичне лікування без детального обстеження і біопсії є вкрай небезпечним. Гістологічні форми раку вульви різні, а мікроскопічна будова пов'язана з місцем виникнення пухлини. Локалізацію раку вульви можна чітко встановити лише при I і II стадіях. Найбільш агресивними за клінічним перебігом є пухлини в ділянці клітора. Через посилене кровопостачання та особливості лімфовідтоку рак клітора росте швидко, поширюється на уретру, дає ранні лімфогенні метастази з втягненням пахово-стегнових і клубових груп лімфовузлів. При раці малих статевих губ спостерігається порівняно сприятливий клінічний перебіг. Локалізація пухлини в ділянці великих статевих губ зустрічається найчастіше і за клінічним перебігом займає середнє місце між двома останнім

Основними методами дослідження хворих на рак вульви є: вульвоскопія, вульвомікроскопія, цитологічне дослідження мазків-відбитків з пухлини, гістологічне дослідження клаптиків тканини із пухлини, цистоскопія, ректороманоскопія, рентгенодослідження грудної клітки, цитологічне дослідження пунктатів, взятих з лімфовузлів, радіоізотопна та рентгенконтрастна лімфографія.

Лікування раку вульви проводять з урахуванням віку хворої та стану її здоров'я, наявності екстрагенітальної патології та розповсюдження раку. Попри все, головним методом лікування залишається хірургічний. Можна виконати перед- або післяопераційну променеву терапію. Як самостійний метод променеву терапію використовують тільки при абсолютних протипоказаннях до операції. При множинній та бородавчастій лейкоплакії, всіх формах дистрофії, що не виліковуються консервативними методами, гістологічно підтверджених дисплазіях епітелію вульви або преінвазивному раці (хвороби Боуена, Педжета, еритроплазія Кейра) проводять **просту (поверхневу)**

вульвектомію, мета якої - видалити уражені ділянки шкіри з підшкірною клітковиною (до 1,5 см в глибину тканин)

При I стадії розповсюдження пухлини виконують вульвектомію і двобічну пахово-стегнову лімфаденектомію (особливо при локалізації пухлини в ділянці клітора). При II стадії одночасно з радикальною вульвектомією проводять пахово-стегнову лімфаденектомію, а в післяопераційний період - променеву терапію

ри III стадії раку вульви лікування розпочинають з передопераційного курсу променевої терапії, потім одночасно виконують вульвектомію та пахово-стегнову лімфаденектомію.

Профілактику раку вульви проводять двома шляхами. Перший - адекватне лікування фонових процесів. Проте більш раціональним є другий шлях - активне, своєчасне та якісне обстеження і виявлення дисплазій покровного пластинного епітелію та преінвазивного раку вульви, їх своєчасне хірургічне лікування. Подальші дослідження причин виникнення дистрофічних процесів вульви, ролі змін в ендокринній системі та вірусної інфекції у появі фонових захворювань, а також дисплазії і преінвазивного раку вульви, допоможуть обґрунтувати патогенез цих патологічних станів і нові погляди на профілактику їх та раку вульви.

Рак піхви

Первинний рак піхви зустрічається у 1-2 % із всіх локалізацій раку геніталій. Разом з тим, метастатичні пухлини піхви виникають в декілька разів частіше. Середній вік хворих 62 роки. В

патогенезі раку піхви поєднуються різні фактори: інфікування в репродуктивному віці вірусом HPV і HSV-2, інволютивні і дистрофічні процеси, опромінення та імунодепресія. Передраковим захворюванням піхви є дисплазія покривного епітелію, яка, залежно від вираження патологічних змін в поверхневому шарі багат шарового пластинного епітелію, поділяється на легку, помірну і важку. Ще використовують термін "інтраепітеліальна неоплазія піхви" (VAIN). Преінвазивний рак виявляється в середньому на 10-12 років раніше, ніж інвазивний. Найчастіше він локалізується у верхній третині піхви і характеризується мультицентричним ростом.

Інвазивний плоскоклітинний рак піхви має вигляд екзофітної або ендофітної пухлини. Поверхня пухлини кровоточить, виявляється інфільтрація підлеглих тканин. Гістологічна структура плоскоклітинного раку має три форми: роговіючий, великоклітинний, нероговіючий і дрібноклітинний. Найчастіше метастазують в піхву рак шийки і тіла матки, саркома матки, хоріонкарцинома, рідше - рак яєчників і гіпернефрома. Плоскоклітинні пухлини піхви, які виникають через 6-30 років після проведення променевої терапії раку шийки матки, найчастіше не метастази, а первинно множинні радіоіндуковані пухлини. У дорослому віці рідко зустрічаються саркоми та меланоми піхви. Меланоми локалізуються переважно на передній стінці, найчастіше в нижній її третині. Лише 5 % меланом не мають чорного забарвлення.

Клінічний перебіг.

Основними симптомами інвазивного раку піхви є лейкорейя та кровотеча, які характерні для клінічно розвинених форм захворювання, при яких можуть бути дизурія, порушення дефекації, а пізніше - білий і синій набряк нижньої кінцівки, порушення функції нирки внаслідок інфільтрації параметрію або метастазів в лімфатичних вузлах тазу. Переважний шлях поширення - лімфогенний. Дисплазії і преінвазивний рак можна запідозрити при кольпоскопії і цитологічному дослідженні, а підтвердити прицільною біопсією. Гістологічна верифікація пухлини перед початком лікування обов'язкова. Для уточнення поширення процесу застосовують цистоскопію, екскреторну урографію, радіоізотопну ренографію, ректороманоскопію, рентгенографію грудної клітки. Використання для огляду дзеркал Куско призводить до помилок, бо не вдається добре оглянути стінки піхви.

Лікування раку піхви

При дисплазії та преінвазивному раці піхви застосовують кріодеструкцію або 5-фторурацилову мазь. Якщо не настає вилікування або є рецидив, то виконують операцію чи ендовагінальну телегаматерапію. Лікування інвазивного раку піхви в більшості клінічних ситуацій проводять внутрішньопорожнинне опромінення, яке у хворих з II і III стадіями поєднується з дистанційним опроміненням зон місцевого поширення і регіонарного лімфогенного метастазування. Показання до хірургічного лікування виникають рідко. Так, у хворих молодого і середнього віку з локалізацією пухлин в верхній третині піхви ефективна розширена гістеректомія з видаленням 1/2 піхви. При виявленні метастазів у регіонарних лімфовузлах після закінчення променевої терапії показана лімфаденектомія (пахово-стегнова та пахово-клубова).

Рак шийки матки

Рак шийки матки займає одне із перших місць в структурі онкологічних захворювань жіночих статевих органів. Експерти ВООЗ стверджують, що кожного року у світі хворіють на рак шийки матки майже 500000 жінок, особливо в країнах Африки, Азії та Південної Америки. Встановлено також, що рак шийки матки не виявляється у жінок, які не живуть статевим життям (у монахинь), а у тих, які часто змінюють статевих партнерів, зустрічається частіше, ніж у інших жінок. Профілактика інвазивних форм раку шийки матки буде можливою вже сьогодні, якщо, по-перше, всі жінки пройдуть огляд у гінеколога, який візьме виділення для цитологічного дослідження, по-друге, кожен акушер-гінеколог оволодіє кольпоскопічним методом дослідження, який дасть можливість виявити фонові та передракові захворювання шийки матки. Справжнім передраковим захворюванням шийки матки слід вважати лише дисплазію епітелію, який покриває шийку матки та цервікальний канал. Понад 10 років тому зміни в покривному епітелії шийки матки називали анаплазією, атипією, атиповою гіперплазією, базально-клітинною гіперплазією і ще гіперплазією резервних клітин. Експерти ВООЗ вирішили, що змінам в структурі епітеліальних клітин найбільше відповідає поняття дисплазія, тому і надалі будемо користуватися цим терміном для пояснення патологічних змін в епітелії.

Дисплазія - це атипія епітелію шийки матки з різним ступенем вираження змін в структурі клітин. Розрізняють дисплазію легкого, середнього та важкого ступеня

Лікування дисплазій, преінвазивного і мікроінвазивного раку

При виборі способу лікування доброякісних процесів і ранньої онкологічної патології шийки матки необхідно намагатись дотримуватись двох основних принципів:

1) забезпечення надійноговилікування, в результаті якого досягається попередження рецидивів захворювання і переходу в більш виражений патологічний процес;

2) бажання застосувати органозбережучі методи лікування у жінок молодого віку.

Консервативне лікування фонових доброякісних процесів шийки матки не повинно бути тривалим. При його неефективності протягом 1-3 місяців слід застосовувати більш радикальні методи. Основне місце в системі лікування фонових доброякісних захворювань займають методи деструкції з допомогою електрокоагуляції і кріодеструкції. Хірургічне втручання показане при поліпах. Якщо фонові процеси поєднуються з вираженою деформацією шийки матки, то методом вибору є конізація електрохірургічним або ножовим шляхом. Електрокоагуляцію можна застосовувати тільки при негативних морфологічних і ендоскопічних заключеннях, невеликих розмірах патологічного процесу, локалізованого в ділянці ектоцервіксу, і відсутності рубцевої деформації шийки матки. Кріодеструкція - оптимальний метод лікування слабкої і помірної дисплазії, але його ефективність при важкій дисплазії і *in situ* недостатня, проводиться в амбулаторних умовах без знеболювання.

Конусовидна електроексцизія шийки матки є методом вибору для більшості хворих на преінвазивний рак. Її можна застосувати тільки після того, як ендоскопічні і морфологічні дослідження (включаючи прицільну біопсію ектоцервіксу і вишкрібання слизової оболонки каналу шийки матки) не підтвердять інвазивного раку (рис. 16.7). Проте можна провести просту екстирпацію матки.

Основними перевагами електроконізації є: радикальне видалення патологічно змінених

тканин шийки матки в межах здорових тканин, що відповідає онкологічним принципам; можливість проведення детального гістологічного дослідження видаленого препарату; невелика кількість ускладнень; збереження фізіологічних функцій, включаючи дітородну.

Показання до екстирпації матки:

- 1) вік понад 50 років;
- 2) переважна локалізація пухлини в шийковому каналі;
- 3) поширений анапластичний варіант з вrostанням в залозу;
- 4) відсутність в препараті після проведеної конізації ділянок, вільних від преінвазивного раку;
- 5) технічна неможливість проведення широкої електроексцизії;
- 6) комбінація преінвазивного раку з міомою матки або пухлинами придатків;
- 7) рецидиви після кріо- або лазерної деструкції

У старших жінок при протипоказаннях до операції ефективним є внутрішньопорожнинне опромінення.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Санкт-Петербург, ООО «Издательство Фолиант», 2002.
2. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _154 с.
4. Вовк И.К., Корнацкая А.Г., Чайка В.К. Опухолевидные поражения яичников.- Киев,2007.-32с.
5. *Гинекология*: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.

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

16.10.2014

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.