

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 ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

| | |
|----------------------|--|
| Навчальна дисципліна | Акушерство і гінекологія |
| Тема: | Операції на матці (код курсу 12.4) |
| Курс | Передатестаційний цикл |
| Факультет | Післядипломної освіти |
| Спеціальність | Акушерство і гінекологія |

Полтава

I. Мета заняття

Показання до операції повинні бути ретельно продумані лікарем та записані в медичну карту. Необхідно враховувати також наявність протипоказань, і лише після аналізу усіх даних вирішувати питання про вид та об'єм операції, беручи до уваги вік жінки, наявність у неї дітей, бажання мати дітей у майбутньому чи, навпаки, протипоказання до вагітності за станом здоров'я. Операція, за можливістю, повинна не тільки усувати причину захворювання, але й не позбавляти жінку притаманних її організму функцій — менструальної, статевої, репродуктивної. «Не знищення хворого органа, не усунення його, а відновлення його цілості та усіх його функцій — ось кінцева мета усякої операції», — писав А.П. Губарев.

II. Об'єм повторної інформації

1. Знати можливості сучасного оперативного лікування в гінекології

III. Об'єм нової інформації

1. Оперативні методи лікування в гінекології.
2. Види хірургічного втручання.

IV. План проведення заняття

| № п/п | ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ | Тривалість, хвилин |
|-------|--|--------------------|
| 1. | Вступне слово викладача про мету заняття. | 5 |
| 2. | Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням. | 45 |
| 3. | Опанування практичних навичок. | 90 |
| 4. | Розв'язування ситуаційних задач. | 20 |
| 5. | Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття. | 15 |
| 6. | Підсумок заняття. | 5 |

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби.
4. Інструментарій для вконання операції.
5. Відеофільм «Екстирпація матки».

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

| № п/п | Назва практичних навичок | Ступінь засвоєння | | |
|-------|---|-------------------|-------|-------|
| | | ознай | опан. | овол. |
| 1. | Провести піхвове дослідження | | + | |
| 2. | Лабораторне та інструментальне обстеження | | + | |
| 3. | Підготувати хвору до операції | | + | |
| 4. | Асистувати на гінекологічних операціях. | | + | |

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Показання до радикальних операцій в гінекології.
2. Показання до напіврадикальних операцій в гінекології.
3. Хід операцій.

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;

Тестові завдання

1. До гінеколога звернулась 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 скаржиться 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 малорухомих 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 заднє склепіння

E Ірігоскопію

4. Хвора 60 років Скаржиться 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 червоної порожнини через заднє 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 скаржиться 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?(Фібріома 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? (Фібріома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Анемія. Оперативне лікування.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Велике значення в роботі відділення оперативної гінекології мають питання деонтології. Персонал повинен бути уважним, ввічливим, тактичним. Заборонено в присутності хворих обговорювати характер захворювання. Сторонні особи та хворі не повинні мати доступ до документації, яка стосується захворювання і оперативного втручання. Бесіди з хворими і їх родичами проводить тільки лікар, який надає необхідні усні та письмові довідки. Медичний персонал, включаючи середніх та молодших медичних робітників, повинен добре знати, що слово повинно не ранили, а лікувати.

Велика операційна.

Асептика та антисептика — це комплекс заходів направлених на попередження розвитку інфекційної (гнійної) флори при хірургічному втручанні і в післяопераційному періоді.

Асептика — це метод який попереджує попадання мікробів в операційну рану. Інструментарій, шовний матеріал, рукавички, матеріал, який використовується при операції (білизна, халати, марлеві салфетки і кульки) повинні бути стерильними.

Антисептика – система заходів направлених на знищення мікробів у рані, зменшення їх проникнення у рану і розвитку в ній.

Стерилізація інструментів. Стерилізація забезпечує загибель в стерилізуючому матеріалі патогенної і непатогенної мікрофлори.

Гінекологічні лапаротомії. Операція розтину черевної порожнини (лапаротомія) може бути проведена двома шляхами. Найбільш поширеною на теперішній час є черевностінкова лапаротомія, що виконується шляхом розтину передньої черевної стінки. Піхвова лапаротомія (кольпотомія) виконується шляхом розсічення піхвового склепіння.

Положення хворої на операційному столі – горизонтальне. Іноді виникає необхідність (при оперуванні в глибині малого тазу) в короточасному нахилі головного кінця операційного столу на 10-15° вниз (положення Тренделенбурга). До операційного столу фіксують ноги хворої на рівні стегон і ліву руку за кисть у витягнутому вздовж тулуба положенні. Праву руку викладають на спеціальний столик для внутрішньовенних ін'єкцій. При лапаротомії хірург стоїть зліва від хворої, перший асистент прямо навпроти хірурга, другий – поряд з першим, ближче до нахиленого місця столу.

Операційна сестра повинна стояти за своїм столом обличчям до операційної рани, що дозволяє їй слідкувати за перебігом операції і своєчасно подавати все необхідне. Біля головного кінця операційного столу розміщується наркозний апарат і стоїть анестезіолог. Біля столика, на якому лежить права рука хворої знаходиться помічник анестезіолога (анестезист). Знеболювання при лапаротоміях, зазвичай – ендотрахеальне, рідше масковий наркоз чи перидуральна анестезія.

Інструментарій для лапаротомії відрізняється у гінекологічних хворих від хірургічного тільки довжиною, що дозволяє проводити маніпуляції в глибині тазу під контролем зору. В набір інструментів повинні входити гострі скальпелі (2-3), ножиці прямі, вигнуті і довгі, пінцети хірургічні та анатомічні (довгі і короткі) по два, кровозупинні затискачі. Кульові щипці (2), вікончасті, абортцанг. Для тупферів використовують довгі прямі та вигнуті корнцанги (3). Голкотримачі довгий та короткий (2), голки ріжучі і круглі, різного розміру, голки Дешана (ліва та права). Для розширення рани черевної порожнини використовують самотримаючі дзеркала, а для розширення країв рани – гострі та тупі гачки (по 2 шт). В наборі інструментів повинні бути затискачі (2 шт), металевий катетер, матковий зонд, наконечник для відсмоктуючого апарату, шприци та голки до них.

Розташування інструментів на столі строго обумовлене, що полегшує роботу хірурга та сестри. На кінці столу ближче до хірурга, розкладають окремими групами короткі та довгі затискачі, скальпелі, ножиці, корнцанги із зажатими марлевими тампонами. В наступному ряду знаходяться голкотримачі, голки і шовний матеріал, дзеркала, додаткові інструменти. Ближче до сестри, а зручніше в складці простирадла (кишеня), що покриває стіл з інструментами, знаходяться марлеві серветки та кульки.

Підготовку операційного поля починають з обробки пупка спиртом і розчином йоду. Потім шкіру передньої черевної спинки двічі протирають спиртом і змазують 5% розчином йоду. Шкіру дезінфікують далеко за межами передбаченого розтину: вище пупка на 6-10 см і передню поверхню стегон. Обробку шкіри починають з ділянки передбаченого розтину, а потім переходять на периферію. Операційне поле двічі протирають тупфером з дезрозчином, потім витирають насухо. Після дезінфекції покривають стерильними простирадлами, які розташовують в залежності від майбутнього розтину – поздовжньо чи поперечно.

Хірургічне лікування.

Рішення про проведення гістеректомії або міомектомії приймається у залежності від: віку жінки, перебігу захворювання, бажання зберегти репродуктивний потенціал, розташування та кількості вузлів (С):

Жінкам із великими розмірами матки (більше 18 тижнів) або наявністю анемії до проведення хірургічного лікування рекомендується призначення агоністів Гн-РГ (гозерелін, тріпторелін) протягом 2 місяців (В) за умови відсутності онкогінекологічного анамнезу.

Жінкам із діагностованою субмукозною лейоміомою та значними кровотечами, як альтернатива гістеректомії, також проводиться гістероскопічна міомектомія, абляція або резекція ендометрію (В).

Жінкам віком до 45 років із субсерозними або інтрамуральними симптомними лейоміомами, зацікавленим у збереженні матки, як альтернатива гістеректомії рекомендується міомектомія (С) із обов'язковим інтраопераційним гістологічним експрес-дослідженням видаленого вузла.

Не застосовується лапароскопічна міомектомія жінкам, які планують завагітніти, у зв'язку із даними про збільшення ризику розриву матки (С).

Немає достатніх даних рекомендувати застосування адгезивних засобів при кровотечах на тлі лейоміоми (В).

Немає достатніх даних про ефективність використання окситоцину, вазопресину під час операції для зменшення крововтрати (В).

Немає достатніх даних для оцінки ефективності лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії, міолізісу або кріоміолізісу (С).

Емболізація міоми може бути ефективною альтернативою міомектомії або гістеректомії (С).

Оперативне лікування випадково виявленої безсимптомної міоми з метою профілактики її малігнізації - не рекомендується (С).

Деталізація основних положень лікування лейоміоми.

Основні принципи лікування лейоміом матки:

1. Усі види впливу на функцію яєчників, які знижують продукцію естрадіолу та нормалізують співвідношення факторів росту (IGF-1/IGF-2), є патогенетично обґрунтованими методами лікування міом матки.

2. Вилучення “сторонніх” (аномальних) гормонозалежних мас (вузлів міоми, гіперплазії ендометрію) із матки розкриває хибне коло “стимуляції споживанням”, різко знижує інтенсивність локальної гіпергормонемії матки та веде до інволюції гіпертрофованого міометрію.

3. Профілактика розвитку лейоміоми полягає у попередженні розвитку гіперестрогенних станів - вчасна корекція порушень менструального циклу, ановуляції, діагностика та лікування гіперплазії ендометрію як естрадіолспоживаючого субстрату.

Показання до консервативної терапії лейоміоми матки:

1. Бажання хворої зберегти репродуктивну функцію.
2. Клінічно малосимптомний перебіг захворювання.
3. Міома матки, яка не перевищує розмірів 12 тижнів вагітності.
4. Інтерстиціальне або субсерозне (на широкій основі) розташування вузла.
5. Міома, що супроводжується екстрагенітальними захворюваннями із високим анестезіологічним та хірургічним ризиком.
6. Консервативне лікування як підготовчий етап до операції або як реабілітаційна терапія у післяопераційному періоді після консервативної міомектомії.

Комбінована терапія міоми.

Полягає у застосуванні хірургічного лікування у обсязі консервативної міомектомії на тлі медикаментозної терапії (використання аналогів Гн-РГ у до- та післяопераційному періоді).

Показання для комбінованої терапії (застосування агоністів та лейоміомектомії):

1. Зацікавленість жінки у збереженні матки та репродуктивній функції.
2. Міома з великою кількістю вузлів.
3. Міома з вузлом розміром понад 5 см.

Етапи комбінованої терапії:

I етап – 2-4 ін'єкції аГн-РГ із інтервалом 28 днів.

II етап – консервативна міомектомія.

III етап - третя ін'єкція аГн-РГ.

Показання до міомектомії, як II етап комбінованого лікування:

1. Відсутність динаміки зменшення розмірів міоматозного вузла після 2-х ін'єкцій аналогів Гн-РГ. Зважаючи на дані літератури про високий ризик малігнізації аГн-РГ резистентних вузлів, вважається доцільним проводити термінове хірургічне втручання.

2.Збереження клінічної симптоматики (біль, розлади функції суміжних органів тощо) навіть при позитивній динаміці розмірів вузла.

Переваги проведення хірургічних втручань на тлі призначення аГн-РГ:

- зменшення розмірів вузлів, васкуляризації та крововтрати;
- зменшення часу операції;
- зменшення часу нормалізації функціональної маси та розмірів матки після консервативної міомектомії.

Хірургічне лікування лейоміоми.

Показання до хірургічного лікування лейоміоми:

1. Симптомна лейоміома (із геморагічним та больовим синдромом, наявністю анемії, симптомів здавлення суміжних органів).
2. Величина лейоміоми 13-14 тижнів та більше.
3. Наявність субмукозного вузла.
4. Підозра на порушення живлення вузла.
5. Наявність субсерозного вузла міоми на ніжці (у зв'язку із можливістю перекрута вузла).
6. Швидкий ріст (на 4-5 тижнів на рік та більше) або резистентність до терапії аналогами Гн-РГ).
7. Лейоміома у сполученні із передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.
8. Безпліддя внаслідок лейоміоми матки.
9. Наявність супутньої патології додатків.

Принципи вибору доступу для гістеректомії:

1.Як для абдомінальної (АГ), так і для вагінальної гістеректомії (ВГ) існують чіткі показання та протипоказання.

2.У ряді випадків показана ВГ із лапароскопічною асистенцією (ЛАВГ);

3.Якщо гістеректомію можна виконати будь-яким доступом, то в інтересах пацієнтки перевага визначається у наступному порядку ВГ>ЛАВГ>АГ.

Показання та умови для виконання ВГ:

- відсутність супутньої патології додатків;
- достатня рухливість матки;
- достатній хірургічний доступ;
- розміри матки до 12 тижнів;
- досвідчений хірург.

Протипоказання до проведення ВГ:

- розміри матки більше 12 тижнів;
- обмеженість рухомості матки;
- супутня патологія яєчників та маткових труб;
- недостатній хірургічний доступ;
- гіпертрофія шийки матки;
- недосяжність шийки матки;
- операція з приводу міхурно-вагінальної нориці в анамнезі;
- інвазивний рак шийки матки.

Стани, при яких надається перевага застосуванню АГ:

- є протипокази до ВГ, ЛАВГ ускладнена або ризикована;
- обов'язкове виконання оваріоектомії, що неможливо виконати іншим способом;
- спайковий процес внаслідок супутнього ендометріозу та запальних захворювань органів малого тазу;
- швидкий ріст пухлини (підозра на малігнізацію);
- підозра на малігнізацію додатків;
- лейоміома широкої зв'язки;
- сумніви щодо доброякісності ендометрію;
- супутня екстрагенітальна патологія.

Показання до субтотальної гістеректомії (надпівової ампутації матки):

1. У випадках, коли пацієнтка наполягає на збереженні шийки матки при відсутності патології епітелію піхвової частини її та ендоцервіксу.
2. Тяжка екстрагенітальна патологія, що потребує скорочення терміну операції.
3. Виражений спайковий процес або тазовий ендометріоз у зв'язку із підвищеним ризиком травмування сигмовидної кишки чи сечоводу або інших ускладнень.
4. Необхідність термінової гістеректомії у надзвичайних випадках (відсутність етапу видалення шийки скорочує тривалість операції, що має суттєве значення при виконанні термінового оперативного втручання).

Відношення пацієнток до об'єму операції визначається частіше не бажанням, а порадою лікаря та тією формою, у якій ця порада представлена.

Об'єм оперативного втручання у відношенні додатків базується на основі принципів:

На *користь* профілактичної оваріоектомії є наступні аргументи:

Перший - у 1-5% випадків виникає необхідність у повторній операції доброякісних пухлин яєчників.

Другий - функція яєчників після гістеректомії дещо погіршується і вже після двох років у більшості жінок розвивається синдром виснаження яєчників.

Проти профілактичної оваріоектомії свідчать наступні аргументи:

Перше - високий ризик розвитку синдрому хірургічної менопаузи після видалення яєчників, підвищення смертності від остеопорозу та серцево-судинних захворювань, що потребують у більшості випадків тривалого застосування ЗГТ.

Друге - психологічні аспекти, пов'язані із видаленням яєчників.

Емболізація є перспективним методом лікування симптомної лейоміоми матки - як самостійний метод, так і у якості передопераційної підготовки до наступної міомектомії, який дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати.

Переваги емболізації судин:

- менший об'єм крововтрати;
- нижча частота інфекційних ускладнень;
- нижчий рівень летальності;
- скорочення термінів одужання;
- збереження фертильності.

Можливі ускладнення емболізації:

- тромбоемболічні ускладнення;
- запальні процеси;
- некроз субсерозного вузла;
- аменорея.

Надпихвова ампутація матки. Найбільш часто використовується при фіброміомі матки чи злоякісній пухлині яєчника. Може виконуватися повне видалення матки, консервативно-пластична операція з видаленням вузлів пухлини чи з частковою резекцією матки. Матка може видалятися з придатками і без них. При злоякісній пухлині яєчника матку завжди видаляють з придатками і додатково проводять резекцію сальника.

Після типового розтину черевної стінки матку захоплюють міцними щипцями (щипці Мюзо, штопор) і виводять в рану. При видаленні матки без придатків на її ребра з обох боків накладають міцні прямі затискачі, щоб захопити круглі зв'язки матки, труби і власні зв'язки яєчників. Тканини між затискачами розсікають і перев'язують лігатурами, кінці яких беруть на затискачі. Між ними маткові судини пересікають і перев'язують їх надійними лігатурами (кетгут, шовк, лавсан). Скальпелем відсікають тіло матки і видаляють його. Культю шийки матки захоплюють кульбовими щипцями, змазують розчином йоду і прошивають 3-4 кетгутівими лігатурами. Перитонізацію проводять безперервним кетгутівим швом, зрізаючи за необхідністю залишені на затискачах лігатури. Сестра рахує всі серветки, марлі, затискачі. Проводять туалет черевної порожнини і пошарово ушивають рану черевної стінки.

Екстирпація матки. Тотальну екстирпацію – видалення тіла та шийки матки проводять при фіброміомі, злоякісній пухлині яєчників, септичних запальних захворюваннях матки. Екстирпація може проводитися з придатками.

Видалення фіброматозного вузла, що народжується, проводять піхвовим шляхом після звичайної підготовки до вагінальної операції. Оголюють шийку матки дзеркалами та захоплюють щипцями Мюзо нижній полюс вузла, що народжується. Трохи підтягуючи щипці оголюють ніжку пухлини. Якщо ніжка товста, вигнутими ножицями підсікають капсулу в місці переходу пухлини в ніжку і починають викручувати. При необхідності виконують розсічення шийки матки з послідуєчим накладаннями швів. Видалений вузол відправляють на гістологічне дослідження.

ІХ. Основна література для опрацювання

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» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. *Клиническая визуальная диагностика* / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. *Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Лихачов В.К. *Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.*-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.

17.10.2016

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.