

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:	<b>Ранні гестози</b> (код курсу 7.2)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

## I. Мета заняття

Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрози переривання вагітності, пізніх гестозів) і перинатальної (гіпоксія, дефекти розвитку плода) патології. Ранні гестози несприятливо відбиваються на формуванні умов, необхідних для нормальної адаптації організму вагітної до наявності плодового яйця в матці.

## II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності в ранні строки ( сумнівні, імовірні та достовірні ознаки вагітності).
2. Збирання анамнезу.
3. Проведення загального і спеціального огляду вагітних
4. Визначення строку вагітності.
5. Аналіз лабораторних та інструментальних досліджень, основних показників гомеостазу.
6. Механізми центральної і місцевої регуляції гемодинаміки.
7. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.

## III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікація ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініка ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальна діагностика ранніх гестозів з екстрагенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактика ускладнень та реабілітація при ранніх гестозах.

## 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. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

## VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Виявляти і оцінювати фактори ризику розвитку ранніх гестозів та проводити діагностику		+	
2.	Об'єктивно оцінити ступінь тяжкості гестозу.		+	
3.	Виконати скринінгові методи допоміжного обстеження.		+	
4.	Призначити додаткові методи обстеження, інтерпретувати їх		+	
5.	Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.		+	
6.	Призначити і провести профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.		+	

## 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. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
2. Яка класифікація ранніх гестозів?
3. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
4. Яка клініка блювання вагітних?
5. Які методи обстеження показані при блюванні вагітних?
6. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
7. Які клініка, обстеження та лікування при слинотечі у вагітних?
8. Які клініка, обстеження та лікування дерматозів вагітних?
9. Які клініка, обстеження та лікування холестатичного гепатозу вагітних?
10. Які клініка, обстеження та лікування гострого жирового гепатозу вагітних?
11. Які клініка, обстеження та лікування хореї вагітних?
12. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями?
13. Яка профілактика ранніх гестозів?

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

1. Виявляти і оцінювати фактори ризику розвитку ранніх гестозів.
2. Проводити діагностику ранніх гестозів.
3. Об'єктивно оцінювати ступінь тяжкості гестозу.
4. Виконувати скринінгові методи допоміжного обстеження.
5. Призначати додаткові методи обстеження, інтерпретувати їх.
6. Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
7. Призначати і проводити профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

### *Тестові завдання*

1. Вагітна 32 років доставлена каретою швидкої допомоги на ношах. Вагітність перша, строк 3 - 4 тижня. Захворіла кілька годин тому, скаржиться на біль в животі, слабкість, головний біль, нудоту, виснажливу печію, свербіння шкіри. При обстеженні підвищені АСТ, АЛТ.

Який попередній діагноз?

- А. Дерматоз вагітних.
- В. Гострий жировий гепатоз вагітних\*
- С. Прееклампсія.
- Б. Хорея.

2. Жінка в термін вагітності 3 - 4 тижня звернулася із скаргами на інтенсивне свербіння шкіри, протягом кількох днів, появу жовтяниці. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений до 98 мкмоль/л.

Який попередній діагноз?

- А. Дерматоз вагітних.
- В. Холестатичний гепатоз вагітних.\*
- С. Гострий жировий гепатоз вагітних.
- Б. Прееклампсія.

#### **Ситуаційні задачі :**

1. Вагітна 16 років поступила до відділення в термін 7-8 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд/хв, АТ 90/60 мм ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, язик сухий, тахіпноє (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення відділення сечі, температура 37,6°.

Поставте діагноз. Визначте тактику.

Надмірне блювання вагітних з порушенням обміну речовин. Відновлення водного балансу, лікування метаболічного ацидозу, визначення тактики протягом 5-7 діб. При відсутності ефекту лікування - переривання вагітності.

2. Вагітна 23 років, строк вагітності 6-7 тижнів. Турбують нудота та блювота 4-7 разів на добу, виділення слини досягає 1,0 л за добу. Вага зменшилась на 3 кг.

Поставте діагноз, призначте лікування.

Помірне блювання вагітних із саливацією. Відновлення водного балансу, внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу, полоскання порожнини рота засобами, що мають в'язучі властивості..

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

Поняття "ранні гестози" існує тільки в практиці акушерів - гінекологів країн СНД. В акушерській практиці зарубіжних країн такого поняття не існує, там ці стани розцінюються як "малі" ускладнення вагітності, або "неприємні симптоми при вагітності". Але в МКХ-10, розділ ХУ, рубрика О21 включає блювоту різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики О26 та О28 передбачують інші стани, пов'язані з вагітністю. Тому ми вважаємо доцільним розглядати в окремому розділі особливі стани вагітності під рубрикою "ранні гестози".

Вказану патологію вагітності поділяють на дві групи (за клінічним перебігом):

1. Ранні гестози, що часто зустрічаються - блювота вагітних і гіталізм.

2. Ранні гестози, що рідко зустрічаються - дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомаліяція при вагітності.

### **Етіологія і патогенез ранніх гестозів**

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій (токсемічна, алергічна, ендокринна, нейрогенна, психогенна, імунна та ін.).

В сучасних теоріях ранні гестози розглядають як наслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в якій ведучу роль відіграє функціональний стан ЦНС.

Тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення трофотропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку. Як наслідок - переважання процесів збудження в стовбурі мозку (зокрема, блювотного центру).

### **Фактори ризику виникнення ранніх гестозів**

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
- Екстрагенітальні захворювання.
- Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.

Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної

**Блювання вагітних** (emesis gravidarum) - найбільш часта форма токсикозу першої половини вагітності. Від звичайного блювання, що у багатьох жінок супроводжує перші місяці вагітності, ця форма ранніх гестозів відрізняється тим, що блювання буває не тільки ранком, але повторюється декілька разів на день, навіть після прийому їжі.

*По ступеню тяжкості розрізняють:* легке, помірне та надмірне блювання.

*Блювання вагітних легкого ступеню* повторюється кілька разів (від 3 до 5) на день і не позначається на загальному стані хворої. Звичайно блювання виникає після їжі, супроводжується нудотою, зниженням апетиту, появою схильності до гострих та солоних страв.

*Помірна ступінь блювоти* характеризується більш частим блюванням (10-12 разів на день), виникає незалежно від прийому їжі. Хвора не може втримувати їжу, з'являється слинотеча. Виникає помірна тахікардія, відзначається субфібрильна температура, розвивається гіпотензія. Хвора скаржиться на кволість, сонливість, інколи бесоння. Діурез зменшується. Такий стан може проходити самостійно або під впливом проведеного лікування.

У деяких жінок блювання підсилюється і набуває надмірного характеру, повторюючись до 20 разів і більше на добу, виникаючи і в день і в ночі. У шлунку не затримується не тільки їжа, а і вода. В результаті зневоднення порушується вуглеводний, жировий, водно-сольовий обмін, наростають ознаки інтоксикації. Хворі апатичні, адинамічні, скаржаться на болі в епігастрії, правому підребер'ї, над лоном. Жінки швидко втрачають масу тіла (від 2 до 5 кл на тиждень), підшкірно-жировий шар зникає. Шкіра стає сухою, при огляді відзначається симптом "пилового сліду" (полоса відшарованих лусочок епідермісу при проведенні пальцем по шкірі), тургор знижений. З'являється іктеричність шкіри та склер, запах ацетону з рота. Температура тіла підвищується до 38 і вище, розвивається тахікардія більше 120 ударів за хвилину. Пульс слабкого наповнення. Тони серця приглушені. Артеріальний тиск знижується до 80 мм рт.ст. Прогресивно зменшується діурез, що супроводжується підвищенням в крові сечовини, білірубіну, остаткового азоту. Наростає гематокрит, лейкоцитоз, зменшується рівень альбумінів, холестерину, калію. В сечі з'являється білок, формені елементи крові, реакція на ацетон різко позитивна. В організмі

можуть виникнути тяжкі зміни, які призводять до загибелі жінки. Лікування

**Слюнотечіння** – це збільшення секреції в порожнині рота вагітної. В деяких випадках добове слюновиділення досягає 1 літра і більше. Значна солевація призводить до зниження білків, вітамінів, солей і гіпогідратації хворої.

Слід звернути увагу на те, що **лікування ранніх гестозів** повинно бути комплексним і включає:

1. Дієтотерапію.
2. Фізіотерапевтичні методи лікування.
3. Препарати, які діють на центральну нервову систему.
4. Лікування гіповолемії організму.
5. Десенсибілізуюча терапія.
6. Дезинтоксикуюча терапія.
7. Протиблювотна терапія.

Лікування блювоти вагітних повинно бути комплексним і направлено, головним чином, на нормалізацію роботи центральної нервової системи і стану водно-сольового обміну. Проводиться воно в стаціонарі, де створюються умови повного фізичного і психічного спокою. Психотерапія є обов'язковим компонентом лікування. Хворим призначають легку їжу, яка добре застосовується (сухарі, пюре, чай, какао, кава, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями бажано в охолодженому вигляді. Якщо їжа не застосовується призначають 40% розчин глюкози по 30-40мл внутрішньовенно разом з вітамінами В і С. При необхідності призначають медикаментозне лікування, що включає в себе:

1. Вплив на функції центральної нервової системи, як на основний патогенетичний чинник з метою пригнічення збудливості рвотного центру: етаперазин по 0,002г 3-4 рази на день, 10-12 днів; торекан по 1,0мл внутрішньом'язово або 6,5мг в вигляді драже або ректальних свічок 2-3 рази на добу; дроперідол по 0,5-1,0мл внутрішньом'язово 1-3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або per os; броміди у вигляді мікроклізм (50мл 4% розчину бромистого натрію 1 раз на день); введення бромистого натрію в поєднанні з кофеїном за методом Н.В.Обозової (в продовж 10-15 днів вводять внутрішньовенно бромистий натрій 10% 10,0 щоденно і підшкірно 10% розчин кофеїну по 1мл двічі на день).

2. Десенсибілізуючі засоби (дімедрол 1%-2мл, діпрозин 2,5% - 1мл 2-3 рази на день внутрішньом'язово).

3. З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів, розчин глюкози з інсуліном, розчин Рінгера-Локка. Для боротьби з метаболічним ацедозом - 5% розчин натрію гідрокорбанату під контролем кислотного стану крові. При тяжких формах захворювання показане застосування гемодезу, реополіглюкіну, корисні також повторення переливання крові в невеликих дозах (100-150мл). За добу хвора повинна отримати не менше 2,0-2,5л рідини.

4. Парантеральне введення вітамінів: С - по 100-200мг, В<sub>1</sub> - 50мг, В<sub>2</sub> і В<sub>6</sub> по 50мг, чергуючі через день, кокарбоксілаза по 100мг.

5. Ендоназальний електрофорез з новокаїном або з дімедролом, індуктотермія на ділянку сонячного сплетіння. Щоденно проводиться контроль маси тіла, кількості вживаємої рідини та діурезу. При безуспішному лікуванні іноді доводиться вдаватись до переривання вагітності. Слинотеча (ptyalismus). Гіперсаливація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом токсикозу. Кількість слини, що виділяється, може досягати 1л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слинотечі проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 1,0мл 0,1% розчину. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, ромашки та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Показане призначення малих транквілізаторів – мепротам (ондаксін) або триоксазін по 100-150 мг 4 рази на день. В/м введення розчину аміназину 2,5% 1 мл 2 рази на день. Для

боротьби з гіповолемією, гіпопротеїнемією через день в/в краплинно вводять 10% розчином альбуміну – 100 мл., протеїну 10% - 100 мл або плазми . За добу вагітна повинна одержати 2-2,5 л рідини. При явищах інтоксикації інфузія 40% розчином глюкози 100 мл з інсуліном (1 ОД на 4 гр. сухої речовини), аскорбінова кислота по 4-6 мл. Розчин Рінгера-Локка до 1000 мл., 1-5% розчин бікарбонату натрію 200-300 мл. під контролем кислотно-лужної рівноваги і електролітів. Нормалізація процесів: вітамін В1, В6. При важкій формі блювоти для подавлення збудженості блювотного центру 2,5% аміназіну по 2 мл 2 рази на добу, або 2,5% - 1 мл в/с на 5% розчині глюкози 500 мл. Дроперідол 0,5-0,75 мл., потім через 2-3 дні дозу зменшують до 0,5 мл. Десинсебілізуючу терапію і регуляцію обміну речовин: спленін п/ш, в/м, по 2 мл 2 рази на день на протязі 10-12 днів, АКТГ по 40 ОД на добу через день, дезоксикортикостерон ацетат по 0,0005 г через день на протязі 10-12 днів.

*Лікування слюнотечі:* розчин атропіну 0,1-1 мл. 2 рази на день.

Фізіотерапевтичні методи: голкорексфлексотерапія, іоногальванізація шийно-лицевого та сонячного сплетінь, нейролептаналгезія. Ознаки погіршення загального стану хворої, поява ацидозу (ацетону), жовтяниці – вагітність необхідно перервати.

### **Рідкі форми гестозу першої половини вагітності.**

Серед таких форм гестозів найчастіше зустрічаються дерматози і жовтяниця вагітних.

**Дерматози вагітних** - група захворювань, що виникають в зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Захворювання шкіри при вагітності залежать від функціонального дисбалансу між корою і підкоркою, підвищеної збудливості вегетативної нервової системи, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній.

Дерматози вагітних проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, герпетичних висипів. Лікування дерматозів проводиться ідентично лікуванню блювання вагітних (відповідний режим, харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин.

**Жовтяниця вагітних** (холестатичний гепатоз вагітних) може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмувальний вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовидільної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникнення жовтяниці передуює розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні відмічається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений, (до 90 ммоль/л) і після пологів швидко нормалізується. Дещо зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТИ, АСТИ, що є досить характерною ознакою для жовтяниці вагітних. Це пояснюється тим, що патогномічним для цієї патології і відсутність ознак некрозу паренхіми печінки. При виявленні жовтяниці у вагітних насамперед необхідно встановити її причину. Деференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовтяничних шляхів під впливом механічних обмінних або інфекційних факторів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах раннього і пізнього гестозу. Лікування холестатичного гепатозу заключається в призначенні раціонального харчування (дієта №5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують нерабол по 5-10мг, холестирамін по 12-15мг на добу. Показане використання антигістамінних засобів, фенобарбіталу. В окремих випадках може з'явитись необхідність в перериванні вагітності внаслідок наростання клінічних проявів захворювання.

**Гострий жировий гепатоз** вагітних - одна з найзагрозливіших форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33-40 тижнів) і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно вона проявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. Клінічно в

перебізі жирового гепатозу виділяють дві стадії: дожовтяничну, що супроводжується слабкістю, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри; жовтяничну, при якій нарастають симптоми печінкової недостатності, інтоксикація, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плоду. Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, дезінтоксикаційної терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів.

**Хорея** (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитовидних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некординованими посіпуванні м'язів верхніх, нижніх кінцівок іноді - обличчя і зовсім рідко гортані або шлунку. Частіше ця форма зустрічається у жінок, що страждають на ревматизм і ступень тяжкості гестозу при цьому відповідає активності ревматичного процесу. Лікування титанії проводиться в стаціонарі, сумісно з терапевтом, шляхом призначення лікувально-охоронного режиму, психотерапії, лікувального електросну, седативних засобів, а також препаратів, що нормалізують обмін кальцію (вітамін D, E, глюконату кальцію), паратиреоїдину для покращення функції паращитовидної залози.

**Остеомаляція** - зустрічається надзвичайно рідко і обумовлене декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражуються кістки тазу та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями. Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорно-кальцієвого обміну, як це проводиться при терапії хореї вагітних.

### **ІХ. Основна література для опрацювання**

1. Нагнибеда А.Н., Павлов Л.П. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. – СПб.: СпецЛит., 2005. – 111 с.
2. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского и А.А. Оразмурадова. – М.: МИА, 2005. – 448 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестоз: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2005. – 312 с.
6. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.



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

**15.09.2016**

**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.**