

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 ЛЕКЦІЇ**  
**для лікарів-курсантів циклу тематичного**  
**удосконалення**  
**«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Цукровий діабет у вагітних.</b> (Код курсу 4.4)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях ендокринної системи дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

## II. Навчальні цілі лекції

*Донести до курсантів наступні знання:*

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Яка патологія ендокринної системи зустрічається найчастіше
4. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи?
5. Які ускладнення вагітності спостерігають у жінок із цукровим діабетом?
6. При яких ускладненнях цукрового діабету протипоказана вагітність?
7. Які фактори впливають на вибір часу та методу розродження у випадку цукрового діабету?

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних із захворюваннями ендокринної системи. Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
------------	-------	-------

<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування механізмів ендокринної регуляції в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Фізіологічні зміни в організмі під час вагітності.	Визначення припустимої маси плода. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку ускладнень у новонародженого від матерів із захворюваннями ендокринної системи.	Давати оцінку стану новонародженого в ранньому неонатальному періоді.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки для немовлят народжених жінками із захворюваннями ендокринної системи.	

#### **У. План та організаційна структура лекції**

<b>№ п/п</b>	<b>Основні елементи лекції та їхній зміст</b>	<b>Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення</b>	<b>Розподіл часу</b>
1.	<b><i>Підготовчий етап</i></b> Визначення актуальності теми  Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції.  Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<b><i>Основний етап</i></b> Викладення лекційного матеріалу за планом:	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.	75 хв.

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сутність захворювань ендокринної системи.</li> <li>2. Характеристика захворювань ендокринної системи що ускладнюють перебіг вагітності.</li> <li>3. Фактори ризику виникнення захворювань ендокринної системи під час вагітності.</li> <li>4. Діагностика захворювань ендокринної системи протягом вагітності.</li> <li>5. Профілактика ускладнень при захворюваннях ендокринної системи у вагітних та породіль.</li> <li>6. Постнатальна діагностика ускладнень у новонароджених від матерів із захворюваннями ендокринної системи.</li> <li>7. Лікування захворювань ендокринної системи у вагітних та породіль.</li> <li>8. Реабілітація дітей та породіль при ендокринній патології під час вагітності.</li> </ol>	Мультимедійний супровід.	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> </ol>	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання</p> <p>Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p><b>ЗАПИТАННЯ</b></p>	10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

*Перша планова госпіталізація* проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

*Друга планова госпіталізація* у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

*Третя планова госпіталізація* виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

*Екстрена госпіталізація* у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

## ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Хворі із цукровим діабетом (ЦД) у період вагітності є групою високого ризику з перинатальної і материнської патології. Вагітність є діабетогенним фактором і сприяє прогресуванню захворювання. ЦД викликає ускладнений плин вагітності та пологів, впливає на розвиток плода, призводить до важких ускладнень у вагітних, а також до високої частоти вад розвитку плода, захворюваності та смертності немовлят.

В класифікації ЦД, запропонованій ВОЗ (1985), виділені інсулінозалежний цукровий діабет (ИЗЦД; тип I), інсулінонезалежний цукровий діабет (ИНЦД; тип II), гестаційний цукровий діабет (ГЦД).

Додатково до цього К.Магге запропонував виділяти дві форми цукрового діабету, що спостерігається під час вагітності: передгестаційний (ПЦД I й II типу, наявний у жінки до вагітності) і гестаційний (ГЦД, що розвивається під час вагітності).

### **Передгестаційний цукровий діабет**

ПЦД - синдром хронічної гіперглікемії, зумовленої абсолютною чи відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення усіх видів метаболізму, ураження судин (ангіопатії), нервів (нейропатії), багатьох органів і тканин.

#### **Класифікація:**

1. *Тип:* тип 1, тип 2.

2. *Ступінь тяжкості:*

- легкий, середній, важкий.

3. *Стан компенсації:*

- компенсація, субкомпенсація, декомпенсація.

Ускладнення передгестаційного діабету: кетоацидотична, гіперосмолярна, лактацидемична, гіпоглікемічна кома та хронічні мікроангіопатії (нефропатія, ретинопатія, мікроангіопатія нижніх кінцівок), макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, мозку, макроангіопатія нижніх кінцівок), нейропатії, ураження інших органів (діабетична катаракта, гепатопатія, ентеропатія, остеоартропатія, інші.)

**Діагностика.** Під час вагітності не проводиться. Діагноз остаточно встановлено до вагітності.

**Лікування.** Маркером ефективності лікування цукрового діабету є максимально повна й стійка компенсація вуглеводного метаболізму.

За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще до 6,1 ммоль/л, через час після їжі - до 8,5 ммоль/л. Призначається дієта: добова калорійність раціону -30-35 ккал/кг ідеальної маси тіла; якісний склад добового раціону - білки - 25-30%, вуглеводи - 45-50%, жири - 30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 2-3 години..

**Інсулінотерапія.** Середня добова доза інсуліну: I триместр - 0,5-0,6 ОД/кг, II триместр - 0,7 ОД/кг, III триместр - 0,8 ОД/кг, під час пологів - підтримання глікемії в межах 4,5-7,5 ммоль/л, для корекції глікемії під час пологів або операції кесаревого розтину застосовують інсулін короткої дії (підшкірно або внутрішньовенно) та інфузію 5% або 10% розчину глюкози.

#### **Спеціалізована медична допомога під час вагітності і пологів:**

У першому триместрі вагітності детально ознайомлюються з історією хвороби, спільно з ендокринологом проводять огляд хворої, призначають комплексне обстеження: глікемія натще та після їжі, добова глюкозурія, ацетонурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну  $A_{1C}$ ;

показники функції нирок, огляд очного дна. Вирішують питання щодо можливості виношування вагітності. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів): діабетична нефропатія IV або V стадії, клінічні прояви діабетичної макроангіопатії, прекоматозний стан в I триместрі. Вагітним з цукровим діабетом відміняють пероральні цукрознижуючі засоби та інсулін тваринного походження й призначають людський інсулін.

*В другому триместрі:* планова госпіталізація в 22-24 тижні вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки розвитку плода або діабетичної фетопатії, попередження багатоводдя, прееклампсії, інфекційних ускладнень. Показаннями до негайної госпіталізації є декомпенсація вуглеводного метаболізму (нормоглікемія натще  $-3,3-5,6$  ммоль/л); нормоглікемія упродовж доби (до  $8,0$  ммоль/л), прогресування судинних ускладнень (артеріальна гіпертензія, ниркова недостатність), ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, прееклампсія), порушення стану плода, ознаки діабетичної фетопатії (збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота та грудної клітки, підвищення погодинної екскреції сечі плодом, подвійний контур голівки, подвійний контур тулуба, багатоводдя, макросомія), ознаки дистресу плода:

*У третьому триместрі:* моніторинг стану плода в стаціонарі - УЗД кожні 2 тижні, кардіотокографія щотижня, актографія (підрахування рухів плода за 1 годину самою вагітною) двічі на день. Оцінка зрілості легенів плода проводиться за необхідності передчасного розродження або розродження хворої з поганою компенсацією діабету шляхом визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та наявності фосфатидилгліцерину в навколоплідних водах, отриманих трансабдомінальним амніоцентезом.

*Розродження.* Показаннями до планового кесаревого розтину є "свіжі" крововиливи в сітківку; прееклампсія середньої тяжкості чи тяжкого ступеню; гіпоксія плода; тазове передлежання; маса плода  $> 4000$  г. Протипоказаннями до планового кесаревого розтину є діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кома. У разі пологів природним шляхом родозбудження за достатньої зрілості шийки матки починається з амніотомії і проводиться внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину (5 ОД) або простагландину  $E_2$  (5 мг), розчинених в 500 мол 5% глюкози. Контроль глікемії під час пологів проводиться щогодини. Контроль стану плода здійснюється моніторним спостереженням. Знеболення пологової діяльності - епідуральна анестезія. Проводиться ретельний контроль та корекцією артеріального тиску. Виведення голівки проводиться в інтервалі між потугами, щоб народження плечового поясу співпало з наступною потугою.

### **Гестаційний діабет**

ГД - порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, яке виникло (або вперше виявлено) під час вагітності. Чинниками ризику гестаційного діабету є: діабет у родичів першого типу; гестаційний діабет за попередньої вагітності; ожиріння ( $>120\%$  від ідеальної маси тіла); багатоводдя; обтяжений акушерський анамнез (великий плід  $>4000$  г, мертво народження, вроджені вади розвитку плода), глюкозурія (встановлена двічі або більше). Показанням до негайного обстеження на гестаційний діабет, окрім наявності чинників ризику, є глікемія натще (у плазмі венозної крові  $5,83$  ммоль/л, у цільній капілярній крові  $5,0$  ммоль/л).

*Лікування* Дієтотерапія (добова калорійність раціону -  $30-35$  ккал/кг ідеальної маси тіла, якісний склад добового раціону - білки -  $25-30\%$

„вуглеводи - 45-50%, жири -30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 23 години). Інсулінотерапію починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2-4 ОД) за 20 хв. перед основними прийомами їжі. Контролюють глікемію натще та через 1 годину, коригуючи дози інсуліну. Якщо глікемія натще утримується в плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л (або в капілярній крові 5,0 ммоль/л), призначається додатково ін'єкція інсуліну середньої тривалості (напівдобовий інсулін) перед сном.

**Тактика ведення вагітності й пологів** полягає в ретельному спостереженні за вагітною та плодом за такими принципами, що і при передгестаційному діабеті.

## **VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції**

### ***Питання***

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Яка патологія ендокринної системи зустрічається найчастіше
4. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи?
5. Які ускладнення вагітності спостерігають у жінок із цукровим діабетом?
6. При яких ускладненнях цукрового діабету протипоказана вагітність?
7. Які фактори впливають на вибір часу та методу розродження у випадку цукрового діабету?

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

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

### ***Тестові завдання***



1

У жінки вагітність 30 тижнів, гестаційний діабет. Після введення інсуліну з'явилося відчуття збудливості, потім непритомлення. АТ 80/50 мм.рт.ст., пульс 122 за хвилину, дихання поверхневе на обличчі піт. Яку невідкладну допомогу слід провести:

**A** \*Ввести 40\% розчину глюкози внутрішньовенно

**B** Додатково ввести інсулін

**C** Почати масаж серця

**D** Почати ШВЛ

**E** Ввести сібазон

2

Вагітній з діабетом проведено кесарів розтин в стані декомпенсації. У післяопераційному періоді стан хворої прогресивно погіршується, зростає глікемія. На момент обстеження вона була 55 ммоль/л, анурія. При огляді: хвора реагує на питання, значна дегідратація, шкіра суха, дихання поверхневе, часте, тахікардія, АТ 80/60 мм рт.ст. Який можливий попередній діагноз?

**A** \* Гіперглікемічна прекома.

**B** Діабетична кетоацидемічна прекома.

**C** Гостра ниркова недостатність.

**D** Гіпоглікемічний стан.

**E** Гостра наднирникова недостатність

3

Вагітна 22 років знаходиться в пологовому будинку з терміном вагітності 36 тижнів,

цукровим діабетом, інсулінозалежна форма, ускладнена явищами нейроретинопатії.

При черговому огляді жінка скаржиться на погіршення зору, туман перед очима,

головний біль. На очному дні: крововиливи різної давнини, дегенеративні зміни,

сполучнотканинні тяжі по ходу судин сітківки. Яка тактика ведення пологів у даному

випадку ?

**A** Плановий кесаревий розтин

**B** Кесаревий розтин в ургентному порядку

**C** Підготовка пологових шляхів протягом 2-3 діб, збудження пологів окситоцином

**D** Амніотомія з подальшим призначенням окситоцину та ензапросту

**E** Лікування основного захворювання до розвитку спонтанної пологової діяльності

4

Вагітна 25 років з терміном вагітності 37 тижнів, знаходиться у вкрай збудженому

стані, координація порушена, дихання поверхневе, пульс частий, шкіра волога. Через

20 хвилин сталася кома. Рівень цукру у крові - 1.5 ммоль/л. Ацетон у сечі відсутній.

Яке ускладнення виникло у даної хворої?

**A** \* Гіпоглікемічна кома

**B** Кетоацидотична кома

**C** Гіперглікемічна кома

**D** Епілепсія

**E** Еклампсія

5

Вагітна, 26 років, хворіє цукровим діабетом I типу з 10 років. Консультована окулістом,

діагностована ангіопатія судин сітківки. В даний час термін вагітності 36-37 тижнів,

тазове передлежання плоду, тенденція до макросомії, фетоплацентарна недостатність.

Яка тактика лікаря дасть змогу профілакувати можливі ускладнення?

**A** \* Розродження шляхом операції кесарського розтину в терміні 37-38 тижнів

**B** Розродження через природні родові шляхи в 36-37 тижнів

**C** Кесарський розтин при доношеній вагітності в 40 тижнів

**D** Розродження через природні родові шляхи в 40 тижнів

**E** Накладення акушерських щипців при доношеній вагітності

### **Ситуаційні задачі :**

1 У жіночу консультацію до лікаря звернулася вагітна П., 6-7 тижнів вагітності. З анамнезу з'ясовано, що жінка з 15 років хворіє на цукровий діабет у тяжкій формі.

За заключенням окуліста ретинопатія II ст. Мала 2 вагітності, які закінчилися мертвонародженням. Вміст цукру в крові - 15 ммоль/л. При бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена (як при вагітності, терміном до 7 тижнів). Тактика лікаря?

2

Вагітна 24 років надійшла під нагляд жіночої консультації в 8 тижнів вагітності. Скаржиться на слабкість, швидку втомлюваність, пітливість, кашель, підвищення температури тіла до 37,5°C. З 14 років страждає на інсулінозалежний цукровий діабет. Консультована терапевтом та фтизіатром, встановлено діагноз туберкульозу легень. Якою повинна бути тактика лікаря?

3

Первістка 21 року, що страждає на цукровий діабет, надійшла до пологового будинку в терміні вагітності 26 тижнів зі скаргами на нудоту, блювоту, зневоднення, гострий біль у животі. Стан важкий, свідомість порушена. АТ 90\60

мм рт ст., температура тіла 35,8°C, пульс 108 в хв., слабкий. Знижений тонус очних яблук, зіниці звужені. Тонус матки не підвищений, серцебиття плоду ритмічне, глухе, 170-180 уд в хв. Діагноз?

4

Вагітна 26 років страждає на гіпотеріоз протягом 24 років. Отримує лікування тиреоїдом. Надійшла під спостереження жіночої консультації в терміні 8 тижнів вагітності. Визначить тактику лікаря

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **А. По темі викладеної лекції «Цукровий діабет і вагітність»**

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. 0 164 с.
2. Медведь В.И., Авраменко Т.В. Сахарный диабет беременных // Doctor. – 2003. – № 5. – С. 47-49.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004. – 185 с.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.і
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. — К., 2000.
6. Акушерство/Під редакцією Грищенка В.І. — Харків, 2000.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. – М.: МИА, 2011.

### **Б. По темі наступної лекції ««Гострий живіт» в гінекології(позаматкова вагітність, порушення живлення пухлин та гострі гнійні захворювання органів малого тазу)»**

#### ***Питання***

1. Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності.
2. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.
3. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим аднекситом.
4. Здійснити пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.
5. Виконати операцію тубектомія.
6. Провести реанімаційні заходи при позаматковій вагітності, ускладненій геморагічним шоком.
7. Установити діагноз апоплексії яєчника.
8. Визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.
9. Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування.
10. Причини виникнення гінекологічного перитоніту.
11. Класифікація перитонітів у гінекології.
12. Діагностичні критерії клінічних проявів гінекологічного перитоніту.
13. Диференційна діагностика пельвіоперитоніту та поширеного перитоніту.
14. Методи лікування перитонітів у гінекології.
15. Покази до хірургічного лікування перитонітів.
16. Профілактика перитонітів у гінекології.

### ***Рекомендована література по темі наступної лекції***

1. *Запорожан В.М.* Акушерство і гінекологія. У 2-х томах. - К.: Здоров'я, 2000. - 744 с.
2. *Сметник В.П., Тумилович В.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
3. *Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е.* Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
4. *Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В.* Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
5. *Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О.* Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.

**Методичну розробку лекції 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; доповнення та зміни внесені „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**