МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «ЕНДОМЕТРІОЗ. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)
Методична рекомендація «ЕНДОМЕТРІОЗ. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

ТЕМА: «ЕНДОМЕТРІОЗ. Психологічні аспекти»

І. Науково – методичне обґрунтування теми

На сьогоднішній день ендометріоз – є одним із найбільш розповсюджених захворювань органів малого тазу у жінок.

Після запальних захворювань геніталій і лейоміоми матки ендометріоз займає третє місце в структурі гінекологічних захворювань і вражає 15-50% жінок репродуктивного віку, 30-40% хворих на ендометріоз мають безплідність. Своєчасна діагностика цього захворювання та адекватне лікування є важливим аспектом в зниженні частоти безпліддя, синдрому тазових болей та поєзнаних з ендометріозом патологічних процесів, які формуються на тлі гіперестрогенемії.

ІІ. Навчально – виховні цілі

*Для формування умінь студент повинен **знати***:

1. Визначення поняття «ендометріоз».
2. Етіологію і патогенез ендометріозу.
3. Фактори ризику виникнення ендометріозу.
4. Класифікацію ендометріозу.
5. Клініку різних форм геніального та екстрагенітального ендометріозу.
6. Методи діагностики ендометріозу.
7. Лікарську тактику при різних формах едометріозу.
8. Показання до оперативного лікування ендометріозу.
9. Консервативне лікування ендометріозу.
10. Профілактику ендометріозу.

*У результаті проведення заняття студент повинен **уміти***:

1. Оцінити фактори ризику розвитку ендометріозу.
2. Виявляти скарги, характерні для ендометріозу.
3. Проводити дифдіагностику різних форм геніального ендометріозу.
4. Скласти план лікування ендометріозу у жінок різного віку.
5. Застосовувати різні гормональні та не гормональні препарати для лікування ендометріозу.

III. Базові знання

1. Рівні регуляції менструального циклу.
2. Синтез стероїдних гормонів яєчниками.
3. Матковий цикл: особливості будови ендометрію.
4. Роль простагландинів в регуляції менструальної функції.
5. Особливості проведення гормонотерапії.
6. Бімануальне дослідження.
7. Ультразвукова діагностика жіночих статевих органів.
8. Онкомаркери і їхня роль в діагностиці патологічних процесів органів малого тазу у жінок.

IV. Зміст навчального матеріалу.

На сьогодні ендометріоз є одним із найбільш розповсюджених захворювань органів малого тазу у жінок.

Після запальних захворювань геніталій і лейоміоми матки ендометріоз займає третє місце в структурі гінекологічних захворювань і вражає 15-50% жінок репродуктивного віку, 30-40% хворих на ендометріоз мають безплідність.

Підвищення частоти виявлення ендометріозу частково зумовлене вдосконаленням діагностики з використанням УЗД органів малого тазу та черевної порожнини, лапароскопії, КТ та МРТ, гістероскопії та інших методів дослідження. Велике значення має погіршення екологічної ситуації, стресові фактори, які чинять негативний вплив на нервову, ендокринну та імунну системи. Крім того, має значення збільшення частоти хірургічних втручань, у тому числі абортів та операцій кесаревого розтину.

Своєчасна діагностика цього захворювання та адекватне лікування є важливим аспектом в зниженні частоти безпліддя, синдрому тазових болей та поєднаних з ендометріозом патологічних процесів, які формуються на тлі гіперестрогенемії.

Ендометріоз – це патологічний процес, що виникає на тлі порушення гормонального та імунного гомеостазу, при якому за межами порожнини матки відбувається доброякісне розростання тканини, за морфологічними та

функціональними властивостями подібної до ендометрія**.** На відміну від ендометрія, ендометріоїдна тканина менше підлягає циклічним перетворенням, менше реагує на гестагени, не підлягає повноцінній секреторній трансформації.

Важливість своєчасної діагностики і правильного лікування ендометріозу пояснюється характерною особливістю перебігу захворювання – поступовим прогресуванням тяжкості паталогічного процесу, який призводить допорушення менструальної функції, кровотечі, анемії, розвитку стійкого больового синдрому.

Ендометріоз – гормонозалежне захворювання. Походження вогнищ ендометріозу і причини його дисемінації до кінця невідомі. На сьогодні є приблизно 11 теорій патогенезу ендометріозу, але найпоширенішими є:

1. Транспортна теорія – в її основі лежить лімфогенна, гематогенна, ятрогенна (при хірургічних втручаннях, гістероскопії, гістеросальпінгографії) дисемінація.

2. Імплантаційна теорія – теорія ретроградної менструації, яка пояснює ретроградне попадання в черевну порожнину клітин ендометрія, їхню транстубарну дисемінацію та імплантацію на органах і очеревині малого тазу.

Ретроградна менструація є нормальним фізіологічним процесом, при якому життєздатні клітини ендометрію попадають у перитонеальну порожнину. Однак регургітація менструальної крові в різному ступеню вираження має місце у всіх жінок з прохідними трубами, а імплантація спостерігається значно рідше.

3. Теорія целомічної метаплазії (переродження) мезотелію очеревини у відповідь на подразнюючу дію трансплантованої ендометріальної тканини.

4. Ембріональна теорія. Пояснює дисембріопластичний генез ендометріозу із залишків мюллерових протоків та первинної нирки.

5. Гормональна теорія – порушення кількості та співвідношення стероїдних і гонадотропних гормонів, дисфункцією гіпоталамо- гіпофізарно-яєчникової системи як єдиного функціонального комплексу.

6. Травматична теорія за рахунок частих внутрішньоматкових маніпуляцій, а саме: аборти, діагностичні вишкрібання, енуклеація лейоматозних вузлів, та ін.

7. Імунологічна теорія за рахунок порушення імунологічного захисту,

спостерігається зниження клітинного імунітету та активності природних клітин-кілерів як у плазмі крові, так і в перитонеальній рідині.

Деякі автори розглядають ендометріоз як аутоімунне захворювання, при якому порушення імунологічного захисту призводять до зростання у перитонеальній рідині вмісту макрофагів, активації кислої фосфатази та нейтральної протеази. Відомо, що макрофаги поряд з клітинами ендометріоїдних гетеротопій активно виробляють фактори росту: судинно-ендотеліальний фактор (СЕФР), епідермальний фактор росту (ЕФР), цитокіни. Підвищується також кількість трансформуючого та інсуліноподібного факторів росту, концентрація яких корелює з ступенем важкості ендометріозу. Існує припущення, що простагландини, які утворюються в ендометріоїдних вогнищах та тромбоксан-b, прстациклін спричиняють імунодепресивну дію на клітинні імунні реакції, призводять до змін скоротливої діяльності маткових труб, сприяють розповсюдженню ендометриоїдних гетеротопій по вісцеральній очеревині малого тазу. Встановлено, що СЕФР та основний фактор росту фібробластів (ОФРФ) знаходяться в тазових спайках. Це є доказом того, що фактори росту сприяють розвитку спайок та виникненню безплідності.

На сьогодні встановлено, що гормони не прямо впливають на клітини гормонально-залежних органів, а опосередковано через фактори росту, експресію генів, специфічні білки та порушення процесів проліферації та апаптозу. Баланс молекулярно-генетичних показників процесів проліферації та апаптозу у вогнищах ендометріозу порушений. Вивчення процесів апаптозу при ендометріозі відкриває новий напрямок у лікуванні цієї патології.

Класифікація ендометріозу.

1. *Відповідно до локалізації паталогічного процесу.*

1.1 Г е н і т а л ь н и й е н д о м е т р і о з.

1.1.1. Внутрішній ендометріоз.

- ендометріоз тіла матки I, II, III (аденміоз) стадії залежно від глибини ураження міометрію: залозиста, кістозна, фіброзна форми (вогнищева, вузлова, дифузна форми);
- ендометріоз цервікального каналу;

- ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.

1.1.2. Зовнішній ендометріоз.

1) перитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форми);
- ендометріоз маткових труб;
- ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми).

2) екстраперитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз піхвової частини шийки матки;
- ендометріоз піхви, вульви;
- ретроцервікальний ендометріоз;
- ендометріоз маткових зв'язок;
- ендометріоз параметральної, паравезикальної, паракольпальної клітковини без та з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку.

1.1.3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

1.1.4. Поєднані форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз у поєднанні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

1.2 Екстрагенітальний ендометріоз (ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври та ін.).

2. *Класифікація A.Acosta та співавторів (1973).*

2.1 Малі форми:

- поодинокі гетеротопії на тазовій очеревині;
- поодинокі гетеротопії на яєчниках без спайок та рубців.

2.2 Ендометріоз середньої важкості:

- гетеротопії на поверхні одного або двох яєчників з утворенням дрібних кіст;
- невиражений періоваріальний або перитубарний спайковий процес;

- гетеротопії розташовані на очеревині позаматкового простору з рубцевим процесом та зміщенням матки без залучення до патологічного процесу товстого кишечника.

2.3 Важка форма зовнішнього ендометріозу:

- ендометріоз одного або двох яєчників з утворенням кіст більше 2 см;
- ураження яєчників з вираженим періоваріальним і/або перитубарним спайковим процесом;
- ураження маткових труб з деформацією, рубцюванням, порушенням прохідності;
- ураження очеревини з облітерацією позаматкового простору;
- ураження крижово-маткових зв'язок та очеревини позаматкового простору;
- залучення до патологічного процесу сечовивідних шляхів і/або кишечника.

3. Класифікація Американського товариства фертильності (бальна оцінка):

Таблиця №5

Ендометріоз			**<1см**	**1-3см**	**>3см**
Очеревина	Поверхневий		1	2	4
	Глибокий		2	4	6
	Правий	Поверхневий	1	2	4
		Глибокий	4	16	20
		Поверхневий	1	2	4
Яєчники	Лівий	Глибокий	4	16	20

Облітерація позаматкового простору	Часткова – 40		Повна – 40		
Спайки			**Покривають <1/3**	**Покривають<1/ 3 – 2/3**	**Покривають>2/ 3**
Яєчники	Правий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Лівий	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
Труби	Права	Ніжні	1	2	4
		Щільні	4	8	16
	Ліва	Ніжні	1	2	4
		щільні	4	8	16

Виділяють чотири стадії захворювання: I – (1-5балів), II – (6-15 балів), III – (до 16-40 балів), IV – (40 балів і більше).

Клінічна картина.

Ендометріоз характеризується різноманітністю клінічного перебігу від безсимптомного до картини «гострого живота». Найчастішою клінічною ознакою ендометріозу є больовий синдром, пов’язаний з менструальним циклом: з′являється перед та посилюється під час менструації.

Характерні симптоми:

1. Довготривалий, прогресуючий перебіг захворювання. У постменопаузі можливе самовільне регресування захворювання.

2. Синдром тазових болей – болі, які загострюються у дні менструації та затухають після її закінчення. Крім альгодисменореї характерною є

диспареунія.

3. Порушення менструальної функції. Найхарактернішими є предменструальні (за 3-5 днів) та постменструальні кров'янисті виділення темного кольру. Нерідко є міжменструальні кров'янисті виділення, гіперполіменорея.

4. Однією з ознак є збільшення ендометроїдних утворень перед менструацією та деяке їх зменшення після неї.

5. Безпліддя. Серед різноманітних причин первинного і вторинного безпліддя ендометріоз посідає одне із провідних місць, від 25-80%. Безпліддя стає прямим наслідком таких пошкоджень як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометріоїдними кістами та ін.

Поліморфізм симптомів обумовлений різною локалізацією вогнищ ендометріозу, ступенем їх розповсюдження, порушенням функції статевих органів, наявністю супутньої патології (табл. № 6).

Симптоми, які зустрічаються при ендометріозі

Таблиця №6

Типові	**Менше типові**	**Більше типові**	**Такі, що зустрічаються рідко**
Дисменорея Диспареунія Безплідність Тазові болі	Дисхезія (порушення дефекації) Менструальна мазня Аномальні маткові кровотечі Дизурія	Часті позиви до сечовипускання Гематурія Кровотечі з прямої кишки	Гемоптизис (кровохаркання) Кишкова непрохідність Водянка нирки та сечовода Шкіряні вузли

Як правило, при ендометріозі болі значні, а інтенсивність їх зростає у міру прогресування захворювання. Хворі відмічають слабкість, швидку втомлюваність, значну втрату працездатності, що призводить до появи тривоги,

страху.

При ендометріозі болі двосторонні, інтенсивність їх не відповідає тяжкості процесу. Ендометриоїдна кіста яєчника навіть великих розмірів може не давати больової симптоматики, а іноді спричиняє болі, особливо напередодні та під час менструації, які можуть супроводжуватися блювотою, нудотою, втратою свідомості. При мікроперфорації ендометріоїдних кіст нерідко виникають явища перитоніту. Для більшості хворих на ендометріоз матки характерні рясні тривалі менструації, метрорагії, почуття важкості, розпирання в нижніхвідділах живота.

Характер порушення менструальної функції багато в чому залежить від локалізації вогнищ ендометріозу, ступеня ураження геніталій і тазових органів.

Найбільш частими є:

- прогресуюча дисменорея (при аденоміозі, ендометріозі яєчників, тазової очеревини, крижово-маткових зв'язок, ретроцервікальному ендометріозі з ураженням пара ректальної клітковини і стінки) прямої кишки.
- мено-метрорагія (при аденоміозі в поєднанні з міомою матки);
- кровомазання до і після менструації, контактні кров'янисті виділення (при ендометріозі піхви, шийки матки, шийкового каналу, ендометріозі яєчників, аденоміозі матки).

Для окремих варіантів ендометріозу, які характеризуються серйозними порушеннями анатомічних структур в ділянці придатків матки, доведено, що безплідність стає прямим наслідком таких пошкоджень, як оклюзія маткових труб, спайкова деформація фімбрій, повна ізоляція яєчників періоваріальними спайками, пряме пошкодження тканини яєчників ендометриоїдними кістами та інше.

Проте, у багатьох випадках ендометріоз і безплідність можуть набувати розвитку паралельно від однієї або декількох загальних причин. При цьому мають значення захворювання, які супроводжують ендометріоз. Серед них можна виділити:

а) порушення взаємовідношень рівнів секреції гормонів (естрадіол,

прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон), які призводять до неповноцінної овуляції і/чи функціональної неповноцінності жовтого тіла та ендометрію;

б) порушення локального імунітету;

в) гіперпластичні процеси ендометрію, молочної залози, щитоподібної залози;

г) доброякісні новоутворення: кісти, міоми, кістоми, які часто спостерігаються при ендометріозі.

Різні чинники розвитку безплідності при ендометріозі можна об'єднати в такі групи:

1) механічні;

2) перитонеальні;

3) імунологічні;

4) ендокринні порушення.

Для хворих ендометріоїдною хворобою, особливо при тривалому больовому синдромі, характерні не тільки зміни самопочуття і загального стану, але й такі психоемоційні порушення, як емоційна лабільність (подразливість, істерія), фобії (тривога,безсоння, недовірливість), дипресія. Значне місце серед неврологічних розладів, обумовлених ендометріозом, займають неврозоподібні стани.

Діагностика ендометріозу.

Не дивлячись на впровадження в практику сучасних високоінформативних методів діагностики, верифікація генітального ендометріозу до теперішнього часу представляє певні труднощі.

Тільки комплексне обстеження пацієнтки з урахуванням даних анамнезу, клінічних проявів та загальноприйнятих методів (об'єктивного обстеження та результатів спеціальних методів дослідження) дають змогу встановити форму локалізації та ступінь поширеності ендометріозу і, відповідно, призначити та успішно провести патогенетично обгрунтоване лікування.

При з'ясуванні анамнезу хвороби особливе значення потрібно приділяти повній характеристиці болю, особливостям порушення менструальної,

репродуктивної та сексуальної функції, розладам функції суміжних органів. Із анамнезу життя важливо з'ясувати спадковість, перенесені захворювання в різні вікові періоди, особливості становлення менструальної, дітородної і сексуальної функцій, перенесені маніпуляції та операції на геніталіях.

Важливе значення має загальний огляд геніталій та огляд в дзеркалах, при яких можна виявити ендометриоїдні гетеротопії. Допоміжними в діагностиці є бімануальне, вагінально-абдомінальне і ректовагінальне дослідження. При пальпації матки визначають її форму, розміри, рухомість, болючість. Слід звернути увагу на стан перешийка матки (ущільнення, розширення, болючість) та заднього склепіння піхви (інфільтрація, рубцеві зміни). При дослідженні придатків матки визначають їх величину, рухомість, болючість, консистенцію. Оцінюють стан крижово-маткових зв'язок (потовщення, напруження, болючість).

Разом з тим, клінічна картина при ендометріозі не завжди відповідає змінам анатомії уражених органів і структур. Тому особливої актуальності набувають інструментальні методи діагностики ендометріозу, які дають змогу оцінити ступінь розповсюдження захворювання, важкість анатомічних порушень.

Застосовують наступні інструментальні методи дослідження ендометріозу:

1) рентгенологічне;

2) урологічне (цистоскопія, хромоцистоскопія, радіоізотопна діагностика);

3) УЗД (трансабдомінально та трасвагінально);

4) ендоскопічне дослідження (кольпоскопія, ректороманоскопія, лапароскопія);

5) ЯМР томографія;

6) цитологічний метод дослідження;

7) гістологія матеріалу, взятого при біопсії.

Ехографічна діагностика дифузної форми ендометріозу матки ґрунтується на наступних критеріях:

а) збільшення передньо-заднього розміру матки;

б) округлість її форми;

в) поява в міометрії (напередодні менструації) аномальних кістозних порожнин діаметром 3-5 мм.

Для підвищення інформативності УЗ сканування використовують піхвовий датчик. Ехографічними ознаками вузлової форми ендометріозу тіла матки є: поява в стінці матки підвищеної ехогенності округлої чи овальної форми, наявність в ній невеликих анехогенних включень або кістозних порожнин, які містять дрібнодисперсну масу, не завжди чіткі контури утворення, підвищена ехогенність біля переднього контура утворення і знижена біля віддаленого.

Для діагностики ендометріозу, ступеня та характеру судинних порушень, використовуються доплерометричні дослідження кровотоку в артеріях органів малого тазу. Зміни виявляються тільки при II-III ступенях розповсюдження ендометріозу та при його вузловій формі. В маткових артеріях при аденоміозі підвищується резистентність судин, з'являються додаткові зубці, збільшується тривалість на півперіоду фази систоли – індекс Hatle. Останнє є свідченням включення компенсаторних механізмів. При II-III ступенях ендометріозу при некомпенсованих змінах периферичної гемодинаміки збільшення опору маткових судин не супроводжується збільшенням індексу Hatle .

Із рентгенологічних методів діагностики ендометріозу використовується гістеросальпінгографія та біконтрастна гінекографія, яку виконують на 2-3 день після закінчення менструації або після діагностичного вишкрібання. При цьому перевага надається використанню водним розчинам рентгенконтрастних речовин.

Найбільш характерною рентгенологічною ознакою при внутрішньому ендометриозі є наявність законтурних тіней різної довжини. Форма їх залежить від локалізації ендометриоїдних вогнищ.

При гістероскопії ендометриоїдні вічка виявляються у вигляді темно-червоних крапкових отворів на фоні блідо-рожевого відтінку слизової оболонки порожнини матки, при множинній локалізації вогнищ ендометриозу ендоскопічна картина нагадує будову бджолиних стільників. Для вузлової форми аденоміозу характерні збільшення та деформація порожнини матки внаслідок

вибухання її уражених стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим або блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих ендометріоїдних «зіниць».

Лапароскопія – найбільш точний і основний метод діагностики в сучасних умовах. Діагноз обов'язково повинен підтверджуватись гістологічно після біопсії ендометриоїдних ділянок взятих під час лапароскопії. Лапароскопія є процедурою першого вибору, оскільки вона дає змогу оглянути всю черевну порожнину від Дугласового простору до діафрагми. Прояви ендометріозу можна легко виявити за їх типовим виглядом так званих «порохових опіків», зірчасто-рубцевих пошкоджень, які оточені червоно-голубими імплантами на яєчниках та на перитонеальній поверхні матки, сечового міхура або тонкої кишки. Характерними є «шоколадні», синюватого кольору одно- чидвосторонні кісти яєчників адгезивний процес у малому тазу; спайки міжнерухомими фіксованими органами і структурами – під яєчникові зрощення – поміж яєчником і заднім листком широкої з'вязки, задньою стінкою вагіни, нерухомим відділом сигмо видної кишки. Нетиповими ознаками є: петехіальна очеревина, «полум'яні пятна», гіперваскулярні зони, білі непрозорі бляшки, оточені рубцевою тканиною, залозисті структури на очеревині.

Мікроскопічні вогнища ендометріозу – це вогнища, які виявляються при гістологічному дослідженні на вигляд не зміненої очеревини. Відкриття мікроскопічних вогнищ ендометриозу відіграє важливу роль в розумінні патогенезу захворювання і його рецидивів після лікування.

Метод ЯМР – томографії при ГЕ на Т2-зображенні дозволяє незалежно від морфологічної будови ендометриоїдних гетеротопій визначати дифузні утворення без чітких контурів. В середині цих патологічних вогнищ реєструють сигнали високої інтенсивності. На Т1-зображенні високо інтенсивний сигнал відбивається тільки від ендометриоїдних гетеротопій, які просякнуті кров'ю.

При підозрі на втягнення в патологічний процес шлунково-кишкового тракту та з метою диференційної діагностики доцільно проводити фіброгастроскопію, іригоскопію, ректороманоскопію.

Біохімічні маркери ендометриозу наразі невідомі. Рівень СА-125 – речовини, яка синтезується похідними целомічного епітелію і є маркером раку яєчників - статистично достовірно підвищується при середньотяжкому і тяжкому ендометриозі, та залишається у межах норми при мінімальному і легкому процесі. При підозрі на ендометріоз рекомендується визначення онкомаркера двічі: під час менструації і в фолікуліновій фазі менструального циклу. Відношення показників рівнів СА-125 під час менструації до показника під час фолікулі нової фази перевищуюче 1,5 вказує на можливу наявність ендометриозу. Зниження рівня СА-125 може свідчити про ефективність лікування, а підвищення в наступному – про рецидив.

Диференціальна діагностика ендометріозу.

- З хронічними запальними процесами придатків і органів малого тазу.
- З кістами та пухлинами яєчників, статевих органів – на підставі УЗД, в складних випадках проводиться лапароскопія.
- З пухлинами суміжних органів (сечового міхура та кишечника) – на підставі УЗД, гістероскопії, МРТ, лапароскопії.
-

Методи лікування ендометріозу.

Серед лікувальних підходів, які застосовуються сьогодні при ендометріозі є: спостереження, паліативна терапія, гормональне, хірургічне та комбіноване лікування.

При виборі методу лікування необхідно враховувати вік хворої, локалізацію та ступінь розповсюдження ендометріозу, преморбітний фон, вираженість клінічних проявів, тривалість захворювання та наявність супутньої патології, репродуктивний анамнез, стан органів-мішеней (молочних залоз, ендометрію, кісткової тканини), а також переносимість та наявність побічних ефектів препарату.

1. Спостереження – при безсимптомному перебігу ендометріозу, контрольний огляд 1 раз на рік або при появі симптомів.
2. Консервативне (медикаментозне) лікування.

2.1. Негормональні засоби:

- Симптоматична терапія (гемостатики, спазмолітики, нестероїдні протизапальні препарати).
- Застосування імуномодуляторів (лаферон, циклоферон, віферон).
- Лікування патологічних станів, що сприяють росту ендометріоідних гетеротопій (патології щитоподібної залози, наднирників, ожиріння), антистресові препарати, антиоксиданти, венотоніки, імунокоректори, полівітаміни.
- Фітотерапія (тазалок, индинол, квінол та інші препарати для зниження рівня естрогенів) та голкорефлексотерапія.
- Вплив на оксидантну систему (унітіол,аскорбінова кислота, токоферол ацетат).
- Пригнічення синтезу простогландинів (аспірин, індометацин, ібупрофен та ін.).

2.2. Гормональне лікування:

- Оральні контрацептиви: основний лікувальний ефект за рахунок ановуляції (призначають комбіновані монофазні естроген- гестагенні препарати у контрацептивному режимі або безперервному режимі протягом 6-9 міс, такі як силест, марвелон, фемоден, діане-35).
- Прогестагени – з метою зменшення локальної гіперестрогенемії та стромальної супресії ендометрія (дідрогестерон 20-30мг з 5 до 25 день менструального циклу (МЦ) або в непреривному режимі 3-6 місяців, або норетістерон 10 мг/добу, або лінестренол 25 мг/добу в тому ж режимі, або прогестерон мікронізований з 5 дня м.ц. до 5-10 мг/день 4-6 місяців, або візан 2 мг/добу в непреривному режимі 6 місяців).
- Агоністи Гн-РГ (гонадолиберінів) – розвиток синдрому медикаментозної менопаузи (гозерелін по 3,6 мг підшкірно 1 раз/ 28 днів №3-6; або тріпторелін 3,75мг в\м №3-6), нафареліну ацетат, бусерилін по 200 мкг інтраназально вранці та ввечері до 6 міс.
- Антогоністи ГТГ – з метою виникнення псевдоменопаузи (даназол 400-800 мг/день протягом 6-ти місяців, гестринон по 2,5 двічі на тиждень

протягом 6-ти місяців).

3. Хірургічне лікування.

При безуспішному консервативному лікуванні ендометріозу показане хірургічне втручання.

Хірургічне втручання геніального ендометріозу було і залишається єдиним методом, який дозволяє видалити механічно чи знищити за допомогою лазерного, електро- чи термовпливу сам морфологічний субстрат ендометріозу. Медикаментозна терапія до- і в після операційному періоді дає змогу оптимізувати результати хірургічного лікування.

В питанні про вибір об'єму втручання в останні роки вважається, що навіть при поширених формах ендометріозу у жінок. Зацікавлених у відновленні генеративної функції, потрібно дотримуватися принципів реконструктиво-пластичної консервативної хірургії і вдаватися до радикальних операцій тільки у тих випадках, коли вичерпані всі інші можливості як хірургічного, так і медикаментозного лікування.

Вибір методу і об'єму хірургічного втручання визначається індивідуально, залежно від локалізації і поширення ендометриоїдного процесу, втягнення кишечника та сечового міхура, а також бажання зберегти чи відновити репродуктивну функцію. В зв'язку з цим хірург перед оперативним втручанням повинен обрати та обґрунтувати хірургічний доступ у кожній конкретній ситуації (лапаротомія чи лапароскопія), який забезпечує необхідні умови для виконання операції та досягнення її мети.

Метою лапароскопічного лікування є видалення всіх видимих вогнищ і відновлення нормальних анатомічних взаємовідносин у порожнині тазу.

При поширених і поєднаних формах ендометріозу з порушенням функції чи ураженням ендометріозом сусідніх органів (сечоводи, кишечник, сечовий міхур), при великих розмірах ендометріоїдних кіст, поєднання ендометріозу з іншими гінекологічними захворюваннями, для адекватного лікування яких необхідно застосовувати хірургічні методи, і в той же час при відсутності умов для

виконання операції в повному обсязі лапароскопічно – методом вибору є лапаротомія.

Виділяють абсолютні та відносні показання до оперативного лікування хворих на внутрішній ендометріоз. До абсолютних відносять поєднання ендометріозу із захворюваннями внутрішніх органів, що вимагають хірургічного втручання (гіперпластичними процесами яєчників і/або передраком ендометрію, лейоміома матки, з швидким ростом; важка дисплазія шийки матки, атипова гіперплазія ендометрія, ендометріоїдні кісти яєчників розміром більше 5 см, що стабільно функціонують, залучення до патологічного процесу інших органів і систем з порушенням їх функції, гнійне ураження додатків матки, уражених ендометріозом, спайковий процес із залученням ампулярних відділів маткових труб, супутній ендометріозу, що є основною причиною безплідності; ендометріоз пупка, ендометріоз післяопераційного рубця, сполучення ендометріозу із деякими аномаліями статевих органів, наявність соматичної патології, яка виключає можливість тривалої гормонотерапії). Серед відносних показань виділяють наявність «безсимптомної» лейоміоми матки у поєднанні з атиповою гіперплазієюендометрія у віці молодше 40 років, III ступінь розповсюдженості ендометріозу, відсутність ефекту від медикаментозного лікування, що проводилося безперервно протягом 6 місяців.

При внутрішньому ендометріозі III ступеня (аденоміоз), коли ендометріоїдна тканина проростає через всю товщу міометрія до серозної оболонки, гормональне лікування не досягає мети, тому в таких випадках показане хірургічне лікування – неповна гістеректомія, а при ендометріозі істміко-цервікального відділу – повна гістеректомія.

При ендометріозі шийки матки у хворих репродуктивного віку при наявності поодиноких поверхневих вогнищ доцільним є їх видалення з використанням кріо- або лазерної деструкції з наступним кольпоскопічним моніторингом та гормонотерапією.

Прийнято вважати, що лікування хворих на перитонеальний ендометріоз (ураження яєчників, маткових труб, зв’язкового апарату матки, очеревини) має

бути комбінованим, тобто включати як хірургічне втручання, так і консервативну терапію.

Методом вибору при лікуванні безплідності у хворих на ендометріоз має бути ендоскопічне втручання. Перевагами цього методу є мінімальна травматичність та крововтрата, безпечність при дотриманні правил оперативної техніки та достатньому досвіді хірурга, а також скорочення післяопераційного періоду. Найбільш важливою перевагою цього методу є візуальний контроль, який дозволяє виконати повну ліквідацію вогнищ ендометріозу.

Електрокоагуляція окремих вогнищ ендометріозу проводиться із використанням моно- та біполярних електродів. Малі (до 2 см) ендометріоми слід розрізати, евакуювати вміст, ретельно вилущувати оболонку пухлино подібного утворення і/або коагулювати її ложе. Іноді, з метою видалення ендометріоми, виконують резекцію яєчника. Ендометриоїдні імпланти часто розміщуються поблизу життєво важливих органів, що створює певні труднощі для коагуляції таких імплантів через небезпеку пошкодження прилеглих органів та анатомічних структур. За показаннями можлива лапароскопічна коагуляція та, в деяких випадках, пересічення крижово-маткових зв′язок, що дозволяє зменшити больовий синдром.

Однак лікування із застосуванням тільки ендохірургічних технологій повністю не вирішує проблеми ендометріозу, тому необхідне його поєднання із вище означеними методами консервативної терапії.

Критерії ефективності лікування:

- відсутність рецидивів захворювання;
- відновлення репродуктивної функції;
- позитивна динаміка якості життя.

Профілактика ендометріозу.

- Систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють виникненню патологічних і психосоматичних факторів, що

впливають на геніталіїю;

- Повноцінна терапія запальних захворювань придатків матки;
- Широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як «підтримуючої» терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки;

Проведення профілактичних оглядів жінок до 30 років 1 раз на рік, після 30 – двічі на рік з цитологічним дослідженням вмісту цервікального каналу, УЗД, своєчасним лікуванням виявлених захворювань.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача. У гінекологічному відділенні студенти збирають анамнез у хворих з різною патологією, виявляють скарги, характерні для геніального ендометріозу, складають план обстеження та лікування. В учбовій кімнаті проводиться аналіз гістерограм, УЗ зображень органів малого тазу, перегляд записів лапароскопічних втручань.

Студенти виписують рецепти на медикаментозні засоби, які використовуються при лікуванні ендометріоза.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, виступів студентів, про виконану роботу. Викладач робить узагальнення, оцінює роботу кожного студента, робить зауваження з оцінкою знань студентів, дає завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната (з аналізом хвороб жінок з ендометріозом, перегляд фільмів з записами лапароскопічних втручань при геніальному ендометріозі, розгляд сканограм і гістерограм).

Оснащення: історії хвороби, медикаментозні засоби, УЗ – Визначення поняття «ендометріоз».

скенограми, відеозаписи, таблиці.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Визначення поняття «ендометріоз».
2. Теорії виникнення ендометріозу.
3. Особливості змін менструальної та репродуктивної систем при ендометріозі.
4. Чим характеризується больовий синдром при геніальному ендометріозі.
5. Що відноситься до «малих» форм ендометріозу.
6. Фактори, які сприяють формуванню безпліддя при ендометріозі.
7. Які методи використовують при діагностиці ендометріозу.
8. Які клінічні прояви психоневрологічних порушень при ендометріозі.
9. Особливості УЗ-діагностики аденоміозу.
10. Діагностична специфічність онкомаркеру СА-125 при виявленні ендометріозу.
11. Яка гормональна терапія ендометріозу.
12. В чому полягає дія антигонадотропінів при ендомертіозі?
13. Які інвазивні втручання виконуються при ендометріозі.
14. Які препарати, окрім гормональних, застосовуються при лікуванні ендометріозу?

Завдання для самостійної роботи

*1.*Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку ендометріозу.
2. Дати оцінку гістерограми при ендометріозі.
3. Дата оцінку УЗ картини аденоміозу.
4. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які використовуються при лікуванні ендометріозу.

Тестові завдання

1.

Хвора 32 років звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу безпліддя на протязі 10 років подружнього життя, болісних, довготривалих місячних. При вагінальному дослідженні було виявлено збільшення передньо-заднього розміру матки, шароподібну її форму, обмежену рухомість. Додатки не виявляються. Про яку форму ендометріозу може свідчити ця клінічна картина?

А) ендометріоз цервікального каналу;

Б)ендометріоз яєчників і очеревини малого тазу;

В)внутрішній ендометріоз;

Г) Нічого із вказаного;

Д) Все вище вказане.

2.

До лікаря жіночої консультації звернулась хвора 25 років із скаргами на дисменорею, диспареунію, безпліддя на протязі 3 років, темні мажучі виділення із статевих шляхів до та після менструації, слабкість, швидку втомлюваність. Про яку патологію може йти мова?

А. Генітальний ендометріоз.

Б. Ендометрит.

В. Спайковий процес малого тазу.

Г. Двосторонній аднексит.

Д. Безпліддя неясного ґенезу.

3.

Хворій 34 років з приводу дисменореї, безпліддя, болісних менструацій проведено гістероскопію. Виявлено темно-червоні крапкові отвори на фоні блідорожевого відтінку слизової оболонки порожнини матки. Про яке захворювання може свідчити вище вказана гістероскопічна картина?

А. Аденоміоз.

Б. Аденоматоз.

В. Ендометрит.

Г. Поліпоз ендометрію.

Д. Підслизова лейоміома матки.

4.

Лікар жіночої консультації при огляді хворої з приводу безпліддя виявив збільшення розмірів матки, зменшення її рухомості. Хворій було запропоновано УЗД малого тазу напередодні менструації. При цьому було виявлено збільшення передньо-заднього розміру матки, округлість її форми, появу в міометрії аномальних кістозних

порожнин діаметром 3-5 мм. Про яке захворювання може свідчити ця картина?

А. Дифузна форма аденоміозу.

Б. Вузлувата форма ендометріозу.

В. Аденоматоз.

Г. Поліп ендометрія.

Д. Все вище вказане.

5.

Хворій з приводу дисфункійної маткової кровотечі, безпліддя було виконано гістероскопію. Виявлено збільшення та деформація порожнини матки внаслідок вибухання її стінок, на яких локалізуються патологічні утворення з жовтим та блідо-жовтим відтінком без чітких меж, іноді з наявністю поверхневих синюватого кольору «зіниць». Для якого патологічного процесу характерна така гістероскопічна картина?

А. Вузлувата форма ендометріозу.

Б. Дифузна форма аденоміозу.

В. Аденоматоз.

Г. Поліп ендометрія.

Д. Все вище вказане.

Ситуаційні задачі

1. Хвора 30 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації, тривалі темно-кров′янисті виділення із статевих шляхів до– та після місячних, безпліддя.

Які методи дослідження потрібно провести для встановлення діагнозу?

2. Хвора 25 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні, довготривалі, болісні менструації, які порушують працездатність, дискомфорт в нижніх відділеннях живота протягом менструального циклу(користується анальгетиками), помірну диспареунію. Довготривалі темно-кров′янисті виділення із статевих шляхів до– та після місячних, безпліддя.

Дайте оцінку больового синдрому.

3. Хвора 33 років скаржиться на болісні менструації, дискомфорт в нижніх відділах живота перед менструацією, диспареунію, безпліддя. Лікар запідозрив ендометріоз.

На який день менструального циклу потрібно провести гістеросальпінгографію і визначення рівня СА-125 для підтвердження діагнозу?

4. Хворій 27 років з приводу болісних менструацій та безпліддя було проведене УЗД органів малого тазу. При цьому було відзначено збільшення передньо-заднього розміру матки, округлість її форми, ехо « +» включення в міометрії.

Встановіть попередній діагноз. Які додаткові дослідження потрібно провести для встановлення клінічного діагнозу?

5. Жінка 42 років скаржиться на виражену диспареунію, дисхезію, дисменорею, безпліддя, емоційну лабільність, безсоння.

Який патологічний процес можна запідозрити? Які додаткові методи діагностики потрібно використати для встановлення діагнозу?

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА

1. Essential Obstetrics and Gynecology : підручник / ed. : I. Symonds, S. Arulkumaran. - 6th ed. - Edinburgh ; London ; New York : Elsevier, 2020. - 460 p.
2. Netter's obstetrics & gynecology : учебник / R. P. Smith. - 3th ed. - Philadelphia : ELSEVIER, 2017. - 604 c.
3. Obstetrics and Gynecology from 10 teachers – Mc-Quillan-Robertson – 2022 – 21th edition – 798 p.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво

«Медицина», 2020, 376 с.

6. Гінекологія : учбовий посібник для студентів медичних факультетів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа». Модуль І. Захворювання органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї / за ред. І. Б. Венцківської, В. П. Лакатоша, В. М. Куща. Київ, 2016.
7. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон) – ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
8. Медична психологія в педіатрії та перинатальній практиці : підручник / М. М. Матяш, В. Є. Луньов, М. В. Філоненко ; за ред. проф. М. М. Матяша. — Київ : Людмила, 2023. — 215 с.
9. Медична психологія: теоретичні рамки, емпіричні основи та клінічне застосування : підручник / М. Матяш, М. Філоненко, В. Луньов та ін. ; за ред. М. Матяша, В. Луньова. Київ : Людмила, 2024. 168 с.
10. Невідкладна гінекологія: довідник / за ред. чл.-кор. НАМН України проф. Венцківського Б.М., проф. Говсєєва Д.О. – К.: «Книга-плюс», 2023. – 155 с.
11. Основи комунікативної компетентності лікаря-акушера-гінеколога в кризових ситуаціях : навчальний посібник / за ред. проф. О. С. Чабана, проф. Д. О. Говсєєва. — Київ : Медпринт, 2024. — 160 с.
12. Перинатальна психологія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. - Київ : Медкнига, 2017. - 167 с. : іл. - (Бібліотечка практикуючого лікаря). - Бібліогр.: с. 163-166.
13. Психосоматична медицина: клінічні кейси в акушерсько-гінекологічній практиці : практичний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Т. Ф. Татарчук. — Київ : Медпринт, 2025. — 196 с.
14. Психосоматичні розлади в акушерстві та гінекології : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Д. О. Говсєєв та ін. ; за ред. проф. О. С. Чабана. — Київ : Медпринт, 2022. — 240 с.
15. Шпилевська Ю. Настільна книга перинатального психолога. Збірка технік : практичний посібник / Юлія Шпилевська. — 2026. — 116 с.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Blueprints Obstetrics & Gynecology : учебник / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th revised ed. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Wolters Kluwer, 2018. - 592 p.
2. Guidelines Obstetrics : study guide for students of 4th, 5th and 6th year of study Medical faculty / A. Senchuk, I. Chermak, I. Ventskivska [et al.] ; Private higher educational establishment "Kyiv Medical University", Bogomolets National Medical University. - Київ : Книга-плюс, 2020. - 204 p.
3. Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice / ed. R. Quatraro, P. Grussu. London : Routledge, 2020. 330 p.
4. **Інформаційні ресурси** https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/akusherstvo-i-ginekologiya/ - діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказами МОЗ України з акушерства і гінекології .
5. KAPLAN Medical USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2020 Obstetrics and Gynecology : курс лекцій / ed. E. P. Sakala. - New York : Kaplan, Inc, 2019. - 293 p.
6. Key Topics in Perinatal Mental Health / ed. M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, C. Pariante. Cham : Springer, 2022. 485 p.
7. Seminars in Perinatal Psychiatry / ed. L. McDonald, R. Cantwell, I. Jones. Cambridge : Cambridge University Press, 2026.
8. The Routledge International Handbook of Perinatal Mental Health Disorders / ed. A. Wenzel. London : Routledge, 2025. 798 p.
9. Women’s Mood Disorders: A Clinician’s Guide to Perinatal Psychiatry / ed. E. Cox. Cham : Springer, 2021.
10. Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта / Т.Є Ткачук. - Київ : Медкнига, 2016. - 75 с.
11. Акушерство і гінекологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 456 с.
12. Акушерство і гінекологія : збірника нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 404 с.

13. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар ; Сум. держ. ун-т. - Суми : Сум. держ. ун-т, 2018. - 306 с.
14. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів медичних факультетів / І. Р. Ніцович. - Чернівці : БДМУ, 2023 - Т. 1 : Фізіологічне акушерство. - 2023. - 322 с.
15. Акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я у жінок в умовах збройного конфлікту : монографія / Ю. Г. Антипкін, Л. Б. Маркін, Т. Ф. Татарчук та ін. ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Львів, 2020. 160 с.
16. Гінекологія : підручник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. - 4-е вид., випр. - Київ : Медицина, 2018. - 432 с.
17. Говсєєв Д. О. Штучний інтелект у прогнозуванні результатів вагітності та репродуктивній медицині : монографія. 2025.
18. Клінічна психологія : підручник / О. М. Науменко, М. М. Матяш, В. Є. Луньов та ін. Київ, 2025.
19. Клінічні протоколи надання медичної допомоги акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 384 с.
20. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 348 с.
21. Комунікативні навички лікаря : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ : Медпринт, 2021. 400 с.
22. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.
23. Медична психологія : у 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.

24. Медична психологія : у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.
25. Неоперативна гінекологія : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / М. І. Жиляєв [та ін.]. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 255 с. : табл., іл. - Бібліогр.: с. 247-255.
26. Основи біоетики та деонтології в репродуктивній медицині : навчально-методичний посібник / І. Б. Венцківська, В. В. Біла, О. А. Бурка. — Київ : Книга-плюс, 2021. — 132 с.
27. Практична психосоматика: Тривога та соматоформні маски в гінекологічній практиці : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, А. Е. Асанова. — Київ : Медкнига-Київ, 2020. — 120 с.
28. Психологічні та деонтологічні аспекти в акушерстві: від жіночої консультації до пологової зали : методичні рекомендації для інтернів та практикуючих лікарів / І. Б. Венцківська, О. С. Загородня, В. В. Біла. — Київ : Книга-плюс, 2019. — 92 с.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Медична психологія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник. Львів : Магнолія 2006, 2023. 351 с. ISBN 978-617-574-255-6.