

УДК 618.3-06-089

DOI <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2026-2-14>

В. О. Заболотнов¹ <https://orcid.org/0000-0001-8901-6209>

С. В. Гордійчук¹ <https://orcid.org/0000-0003-4609-7613>

В. Й. Шатило¹ <https://orcid.org/0000-0001-7362-4787>

О. О. Хватова¹ <https://orcid.org/0000-0002-5388-3121>

А. В. Гайченко² <https://orcid.org/0000-0003-2653-7386>

ГОСТРИЙ ЖИВІТ У ВАГІТНИХ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ (З КЛІНІЧНИМИ ВИПАДКАМИ)

¹ Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, Житомир, Україна

² Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна

УДК 618.3-06-089

В. О. Заболотнов¹, С. В. Гордійчук¹, В. Й. Шатило¹, О. О. Хватова¹, А. В. Гайченко²

ГОСТРИЙ ЖИВІТ У ВАГІТНИХ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ (З КЛІНІЧНИМИ ВИПАДКАМИ)

¹ Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, Житомир, Україна

² Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна

Метою роботи є аналіз клінічних випадків гострого живота під час вагітності з визначенням ключових діагностичних помилок, тактичних рішень і практичних висновків.

Результати. Розглянуто випадки: розрив матки після консервативної міомектомії; спонтанний гемоперитонеум за доношеної вагітності (SHiP), який зажадав негайного хірургічного втручання – кесаревого розтину, субтотальної екстирпації матки; гостра кишкова непрохідність у терміні вагітності 26 тижнів, пов'язана з міомою матки, інверсією матки, обтурацією малого таза, обтурацією товстого кишечника; епіплічний апендицит у 36 тижнів вагітності.

Висновки. Гострий живіт під час вагітності є потенційно загрозливим для життя станом і складною мультифакторною клінічною ситуацією, що поєднує фізіологічно змінену анатомію, модифіковані лабораторні показники й високий ризик швидкої декомпенсації матері та плода.

Ключові слова: гострий живіт, третій триместр вагітності.

UDC 618.3-06-089

V. O. Zabolotnov¹, S. V. Gordiychuk¹, V. Y. Shatilo¹, O. O. Khvatova¹, A. V. Haichenko²

ACUTE ABDOMEN IN PREGNANT WOMEN IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY (WITH CLINICAL CASES)

¹ Zhytomyr Medical Institute of Zhytomyr Regional Council, Zhytomyr, Ukraine

² Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Acute abdomen during pregnancy is a complex clinical problem that combines a high risk of obstetric complications with the need to differentiate between a wide range of surgical and non-obstetric conditions. The incidence of non-obstetric urgent pathology in pregnant women is low, but it poses a significant threat to the life of the mother and fetus in case of diagnostic delay.

Aim. The aim of this study is to analyze clinical cases of acute abdomen during pregnancy, identifying key diagnostic errors, tactical decisions, and practical conclusions.

Results. The following cases were examined: uterine rupture following conservative myomectomy; spontaneous hemoperitoneum in a full-term pregnancy (SHiP), which required immediate surgical intervention – a cesarean section and subtotal hysterectomy; acute intestinal obstruction at 26 weeks of gestation associated with uterine myoma, uterine inversion, pelvic obstruction, and colonic obstruction; omental appendicitis at 36 weeks of gestation.

Clinical lesson: underestimation of uterine scarring and delay in surgical intervention increase the risk of massive blood loss. Endometriosis may be associated with spontaneous hemoperitoneum during pregnancy (SHiP), which requires immediate surgical intervention. Myomatous nodes can cause atypical urgent symptoms that mimic surgical intestinal pathology. Epiploic appendicitis is a rare but possible cause of acute pain during pregnancy

© В. О. Заболотнов, С. В. Гордійчук, В. Й. Шатило та ін., 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії



Clinical cases demonstrate that: atypical course does not exclude catastrophic pathology, a wait-and-see approach in hemodynamic instability is dangerous, and a multidisciplinary approach should be applied at an early stage.

Conclusions. Acute abdomen during pregnancy is a potentially life-threatening condition and a complex multifactorial clinical situation that combines physiologically altered anatomy, modified laboratory parameters, and a high risk of rapid decompensation of the mother and fetus. Delay in diagnosis and surgical intervention is associated with a significant increase in maternal and perinatal morbidity.

Keywords: acute abdomen, third trimester of pregnancy.

Вступ

Виникнення гострого живота під час вагітності супроводжується насамперед високим відсотком акушерських ускладнень, створює хірургічні проблеми.

Гострий живіт, який виникає під час вагітності, може мати багато можливих причин [1; 2]. Будь-яка причина гострого живота може збігатися з вагітністю. Діагностичний підхід до вагітних пацієнток із сильним болем у животі дуже схожий на підхід до невагітних пацієнток із гострим животом [3]. Однак під час інтерпретації результатів анамнезу та фізикального обстеження необхідно враховувати фізіологічні зміни, пов'язані з вагітністю [4; 5].

З прогресуванням вагітності кишечник зміщується латерально та вгору (наприклад, апендикс може переміститися у верхній правий квадрант (рис. 1). Відбуваються фізіологічні зміни серцево-судинної системи під час вагітності: збільшується частота серцевих скорочень, серцевий викид, об'єм крові та знижується системний судинний опір. Наслідками цього є гранична тахікардія, фізіологічна анемія та ознаки крововтрати з'являються пізно. Щодо гематологічних показників, то спостерігається збільшення кількості еритроцитів та лейкоцитів, що, зі свого боку, зумовлює лейкоцитоз із зсувом ліворуч і може замаскувати запалення. Під час вагітності є схильність до венозного тромбозу та виникає гіперкоагуляційний стан [6].

Фізіологічні зміни дихальної системи під час вагітності включають збільшення дихального об'єму та хвилинної вентиляції легень, тоді як функціональна залишкова ємність зменшується. Це призводить до швидкої деоксигенації, прискорення частоти дихання та появи суб'єктивної задишки. Фізіологічним станом під час вагітності є компенсований респіраторний алкалоз.

Основні причини гострого живота під час вагітності:

- причини, пов'язані з вагітністю (акушерські);
- причини, не пов'язані з вагітністю (неакушерські);
- посилюється вагітністю;
- екстраабдомінальна етіологія (табл. 1).

Гострий апендицит. У 1848 році Генкок повідомив про перший випадок гострого апендициту, що ускладнив вагітність у 12 тижнів. Наразі частота гострого апендициту вагітних жінок становить від 0,04 до 0,2%. Далі за частотою йдуть холецистит, панкреатит та кишкова непрохідність. Понад 45% пацієнток спробували консервативне лікування (антибіотикотерапію та дренування), проте у 74% із них така терапія виявилася неефективною, і згодом їм знадобилося хірургічне втручання (мінімально інвазивне або відкрите) [7].

Захворювання жовчного міхура. Жовчнокам'яна хвороба є другим за поширеністю показанням до хірур-

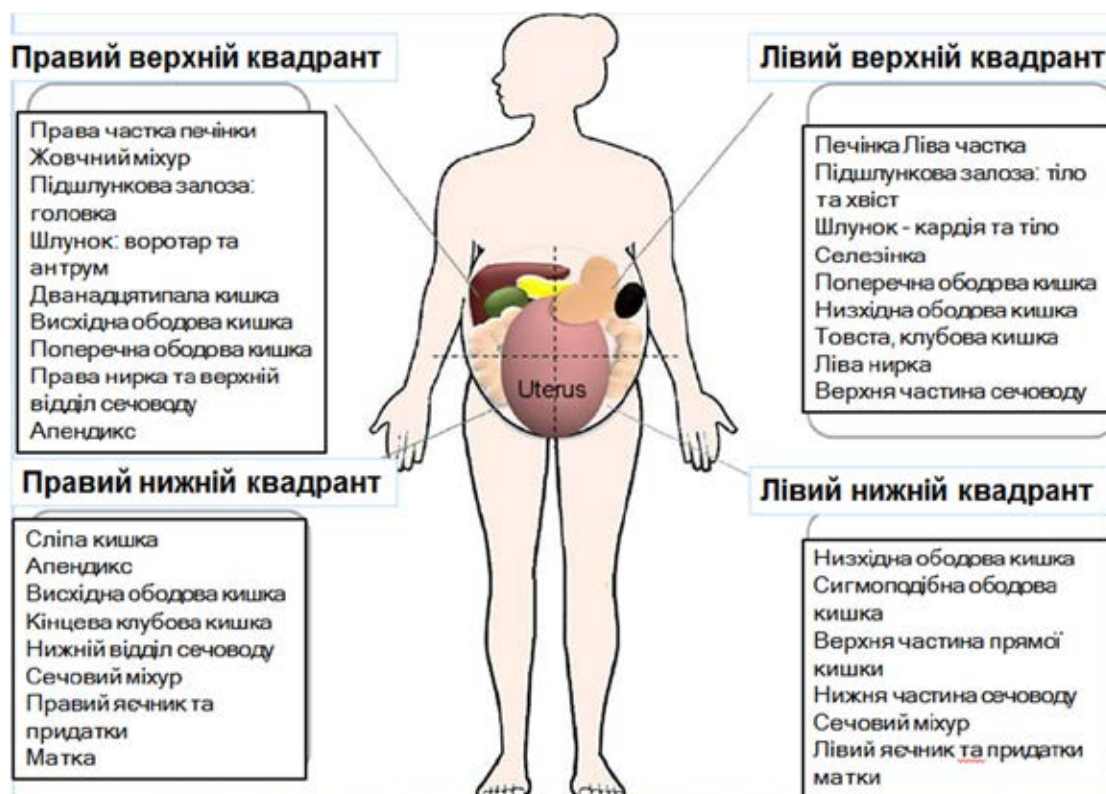


Рис. 1. Анатомічні співвідношення відповідно до різних квадрантів черевної порожнини [6]

Етіологія гострого болю в животі під час вагітності зі змінами [6]

Причини, пов'язані з вагітністю (акушерські)	Причини, не пов'язані з вагітністю (неакушерські)	Посилилось вагітністю	Екстраабдомінальна етіологія
Позаматкова вагітність, молярна вагітність, кіста яєчника (перекрут, крововилив, розрив), перекрут фаллопієвих труб, дегенерація / некроз лейоміоми матки, біль у круглій зв'язці, відшарування плаценти, гостра жирова дистрофія печінки; черевна вагітність, синдром HELLP, розрив матки, перекрут матки, розрив прямого м'яза живота, діастаз симфізу, внутрішньочеревна кровотеча	Хірургічне лікування Апендицит, холецистит, біліарна колька, гострий панкреатит, виразкова хвороба, сечокам'яна хвороба, кишкова непрохідність, запальне захворювання кишечника (ІВО), розрив аневризми, травма, некроз жирових підвісок сигмоподібної кишки Медичне лікування Гастроентерит, порфірія, серпоподібноклітинна криза, тромбоз глибоких вен	гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, захворювання жовчного міхура, гострий цистит, гострий пієлонефрит, біль у м'язах та суглобах	Біль у серці, плевритичний біль, зловживання психоактивними речовинами або абстинентний синдром, інфекція оперізувального герпесу

гічного втручання під час вагітності. Гострий холецистит може вражати до 20% жінок до 40 років [1; 4].

Гострий панкреатит, що ускладнює вагітність, зустрічається рідко, з частотою 1/10 000 вагітностей, і найчастіше виникає в третьому триместрі.

Найчастіше це самообмежувальне захворювання, але воно може прогресувати до більш важкого стану, пов'язаного з поліорганною недостатністю, шоком і смертю. Материнська смертність становить 1%, а частота передчасних пологів – близько 20% [6].

Тонкокишкова непрохідність під час вагітності трапляється надзвичайно рідко, настільки, що окремий хірург загальної практики, ймовірно, спостерігає лише один-два випадки протягом своєї кар'єри. Це потенційно важкий неакушерський хірургічний стан, який може бути пов'язаний з несприятливими наслідками для матері та плода [3].

Метою роботи є аналіз клінічних випадків гострого живота під час вагітності з визначенням ключових діагностичних помилок, тактичних рішень і практичних висновків.

Матеріали та методи дослідження

Розглянуто 4 випадки розвитку гострого живота у третьому триместрі вагітності: розрив матки після консервативної міомектомії; спонтанний гемоперитонеум за доношеної вагітності (SHiP); гостра кишкова непрохідність у вагітної з міомою матки, інверсією матки й обтурацією товстого кишечника; епіплічний апендицит у 36 тижнів вагітності. У дослідженні проведено ретроспективний аналіз зазначених випадків із забезпеченням анонімності пацієнтів та дотриманням вимог комісії з біоетики (згідно з Протоколом № 2 від 12 травня 2025 року).

Для кожного клінічного випадку здійснено аналіз анамнестичних даних, клінічної симптоматики, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, особливостей диференційної діагностики, лікувальної тактики, оперативного втручання та материнських і перинатальних наслідків. Дослідження

виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації та рекомендацій CARE Guidelines щодо опису клінічних випадків. Під час підготовки матеріалу забезпечено повну анонімність пацієнтів та конфіденційність персональних даних.

Результати дослідження та їх обговорення

Перший клінічний випадок

Тридцятидворічна повторно вагітна. Перша вагітність закінчилася викиднем у першому триместрі вагітності у 2020 році. У 2018 році виконано лапароскопічну резекцію правого яєчника з приводу ендометріїдної кісти і консервативну міомектомію (зі слів жінки, маленький вузлик по передній стінці і хірург їй сказав, що на це не варто звертати увагу). Вагітна відвідувала жіночу консультацію, за період вагітності нікого не зацікавив протокол операції, а діагноз «рубцеві на матці» був відсутній. Планувалося розродження в міському пологовому будинку (другий рівень) через природні пологові шляхи [8].

О 3:00 на тлі доношеної вагітності у жінки раптово виник гострий біль у животі. Через виражений больовий синдром пацієнтка не могла перебувати в положенні на спині. Вона була госпіталізована до міського пологового будинку, де її обстежили та спостерігали за її станом протягом 11 годин. Отримала інфузію в обсязі 600–800 мл зі спазмолітиками і спазмалгон. Виконано УЗД черевної порожнини: у черевній порожнині рідина, в ділянці печінки мальформації.

Проконсультувана хірургом: гострої хірургічної патології не виявлено. Жінка спрямована в обласний пологовий будинок із діагнозом «вагітність 40 тижнів. Пологи I, очікувані. Гостра правобічна колька. Асцит». Через 12 годин від початку прояву гострої клінічної симптоматики жінку доставили до обласного пологового будинку. Через погіршення показників гемодинаміки та стану плода її було терміново госпіталізовано до операційної. У черевній порожнині виявлено близько 2 літрів крові, а в ділянці дна матки ближче до лівого маткового кута – розрив довжиною до 7 см (рис. 2).

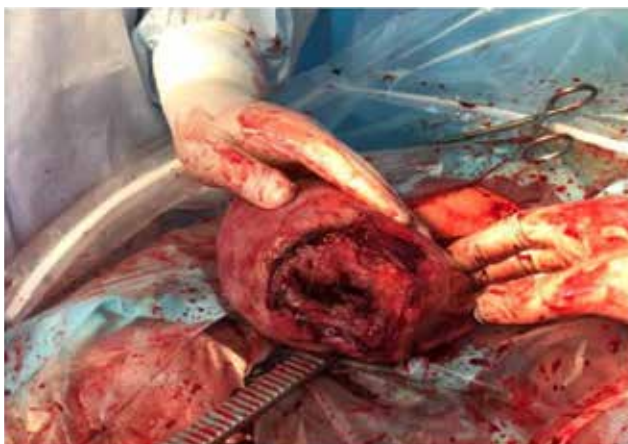


Рис. 2. Розрив матки

Місце розриву було дещо прикрито сальником і щільним згустком крові, який організувався і був вагою 600 г (мальформація в ділянці печінки). Рана на матці вшита. Під час хірургічного втручання клінік траматично-геморагічного шоку (рис. 3). Рівень гемоглобіну в операційній на висоті кровотечі становив 61 г/л. Об'єм трансфузії становив 3500 мл розчинів: Ер маса – 526 мл, плазма – 560 мл, колоїди – 700 мл, кристалоїди – 1700 мл.

Клінічний урок: недооцінка рубця на матці та затримка оперативного втручання підвищують ризик масивної крововтрати. Недооцінка анамнезу оперативних втручань на матці може призвести до фатальних наслідків. Рубець на матці повинен розглядатися як фактор високого ризику незалежно від його локалізації та розміру первинного втручання.

Другий клінічний випадок

Жінкам з ендометріозом нерідко повідомляють, що вагітність може бути корисною стратегією для лікування симптомів зменшення прогресування захворювання, оскільки «псевдовагітність», викликана гормональною терапією, позитивно впливає на симптоми [9].

Існують свідчення впливу ендометріозу на вагітність та акушерський результат [9; 10]. Проте обмежені



**Рис. 3. Відновлена (ушитий розрив) матка.
Матку збережено**

дані низької або помірної якості свідчать про те, що динаміка ендометріюїдних гетеротопій під час вагітності є мінливою: від їхнього повного зникнення до активного росту. Отже, можна зробити висновок, що вагітність не забезпечує систематичного покращення стану жінок з ендометріозом, тому пацієнткам не слід рекомендувати припиняти періодичні огляди та/або медикаментозне лікування після пологів.

Пацієнткам не слід рекомендувати вагітність із єдиною метою лікування ендометріозу, оскільки вона не завжди приводить до полегшення симптомів чи стримування прогресування захворювання. Під час вагітності ендометріоми можуть змінювати свою структуру. У разі виявлення атипової ендометріоми під час УЗД вагітним рекомендується направляти пацієнток до спеціалізованих центрів із відповідним рівнем кваліфікації [10].

Можливі ускладнення під час вагітності, зумовлені вже наявним ендометріозом, пов'язані з ушкодженням таких органів та систем:

- 1) ендометріоми;
- 2) шлунково-кишкового тракту;
- 3) сечовидільної системи;
- 4) матки

5) судинного русла: спонтанний гемоперитонеум під час вагітності (SHiP).

Хоча етіологія спонтанного гемоперитонеуму під час вагітності (SHiP) все ще залишається загадковою, його поява, здається, частіше зустрічається в разі ендометріозу. Кровотеча виникає з тазових ендометріозних імплантатів або через розрив судин, які найчастіше розташовані на задній поверхні матки або в параметрії. Це відбувається переважно в третьому триместрі вагітності (до 42 днів після пологів) і пов'язане з високою материнською та перинатальною захворюваністю / смертністю. Ні стадія ендометріозу, ні попередня хірургічна ерадикація ендометріозних уражень не були пов'язані зі ступенем тяжкості SHiP. Типова клінічна картина включає гострий біль у животі, гіповолемічний шок та ознаки дистресу плода, що приблизно у 94,5% випадків потребує екстреної діагностичної лапаротомії, яку переважно поєднують із кесаревим розтином [11–14].

Госпіталізовано вагітну в доношеному терміні зі скаргами на гострий, розлитий біль по всьому животу, що виник раптово. Під час огляду виявлено, що матка різко болюча при пальпації, френікус-симптом позитивний.

Виконано екстрену лапаротомію. У черевній порожнині виявлено до 1 літра крові. Проведено кесарів розтин (рис. 4), матку вшито. При ревізії органів малого таза по задньобічній поверхні праворуч виявлено гематому розміром 7 × 2 × 3 см та множинні поверхневі атипові судини (площа змінених судин – 7 × 6 см), цілісність яких було порушено у 2–3 місцях (джерело кровотечі) (рис. 5–6). Ліворуч по задній поверхні матки візуалізовано аналогічні зміни (площа – 5 × 6 см) із ділянкою крововиливу (рис. 7). Зважаючи на площу ураження матки та збереження високого ризику повторної кровотечі, виконано гістеректомію (видалення матки). Після операційний період без особливостей.



Рис. 4. Гемоперитонеум



Рис. 5. Правий кут матки гематома 7 × 2 × 3 см

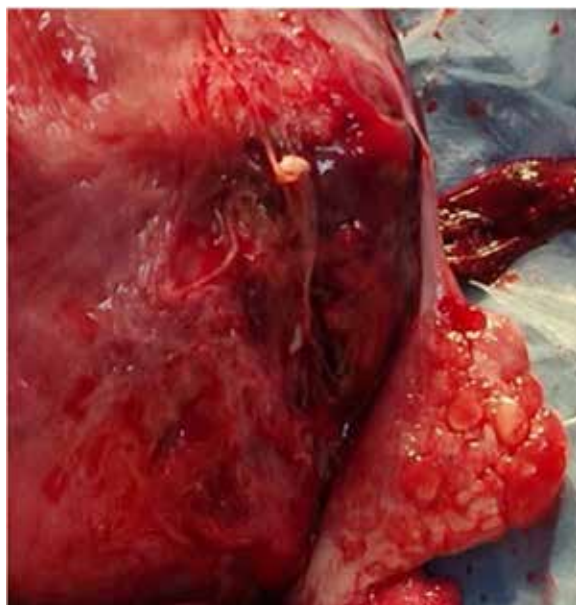


Рис. 6. Задньо-бічна поверхня матки праворуч
множинні поверхневі атипові судини (площа
змінених судин 7 × 6 см), цілісність яких порушена
у 2–3 місцях (джерело кровотечі)



Рис. 7. Задньо-бічна поверхня матки ліворуч

Висновок патогістологічного обстеження про ушкоджену ділянку: локальна мальформація судин задньої стінки.

Клінічний урок: ендометріоз може асоціюватися зі спонтанним гемоперитонеумом під час вагітності (SHiP), що потребує негайного хірургічного втручання.

Третій клінічний випадок

У 1984 році до відділення екстреної гінекології м. Сімферополя звернулася 36-річна вагітна в терміні 26 тижнів зі скаргами на раптовий сильний біль у животі.

Під час вагінального-дворучного обстеження звернуло на себе увагу те, що шийка матки визначалася високо біля крижів, а по провідній осі таза пальпувалася стінка матки. Під час госпіталізації симптоми подразнення очеревини чітко не визначалися. У процесі спостереження (протягом 2 годин) симптоми подразнення очеревини стали позитивними. За результатами рентгенологічного обстеження виявлено «чаші Клойбера».

Діагноз: вагітність 24–26 тижнів. Загроза переривання вагітності. Гостра кишкова непрохідність.

Ухвалено рішення про проведення лапаротомії.

1. Після виконання лапаротомії виявлено інверсію шийки матки на 90 градусів у бік крижів. У дні матки виявлено субсерозний міоматозний вузол матки 8 × 9 см. Який «упирався» в лоно (рис. 8).

2. Проведено репозицію матки.

3. Виконано міомектомію.

4. Ранова поверхня на матці мала округлу форму розміром 6 × 6 см, максимальна глибина – до 1–1,5 см.

5. Викроєно ділянку великого сальника, краї сальника вшити.

6. Відокремлену ділянку сальника розміщено над раною на матці та пришито по периметру.

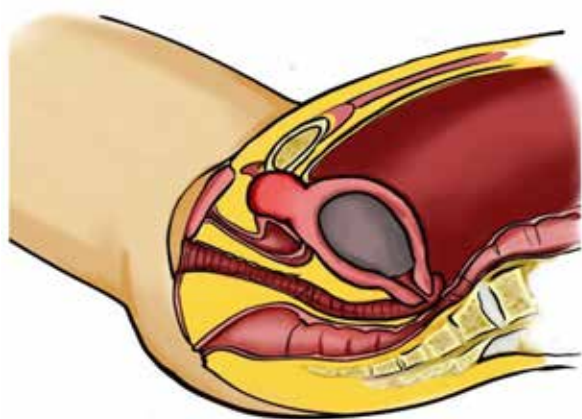


Рис. 8. Інверсія шийки матки на 90 градусів у бік крижів. Субсерозний міоматозний вузол у дні матки 8 × 9 см, який «упирався» в лоно

Після досягнення терміну пологів виконано кесарів розтин у плановому порядку. Хід операції – стандартний. При ревізії матки: ділянка, де раніше розташовувався міоматозний вузол, візуально не відрізнялася від навколишнього міометрія.

Клінічний урок: міоматозні вузли можуть спричиняти атипову ургентну симптоматику, що імітує хірургічну патологію кишечника.

Четвертий клінічний випадок

20.08.2025 р. о 16:05 до пологового будинку госпіталізовано вагітну з діагнозом: Вагітність VI, 36 тижнів. Пологи IV, очікувані. Загроза передчасних пологів. Холецистопанкреатит у стадії загострення. Сідничне передлежання плода. Багатоводдя. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії.

Призначено спазмолітичну терапію: папаверин 2,0 – платифілін 2,0 фіз. розчин 200 мл крапельно. Дротаверин 2,0 в/м, Но-шпа 2.0 в/м.

В анамнезі: у 2012 р. виконано лапаротомне правобічне оперативне втручання з приводу апоплексії правого яєчника. У терміні 35 тижнів – ГРЗ без гіпертермії, лікувалася амбулаторно (дораміцин 5 днів) Показники лабораторного дослідження: ЗАК – лейкоцити $11,69 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні – 2. Біохімічне обстеження без особливостей. Загальний аналіз сечі без особливостей.

21.08.2025 під час доплерографічного обстеження в матковій артерії виявлено нульовий діастолічний кровотік, у плода візуалізація утруднена через вимушене положення жінки. О 14:00 збирається консилиум у зв'язку з появою болю по лівому фланку живота.

Зважаючи на розвиток невідкладного стану плода, консилиум лікарів прийняв рішення виконати розродження шляхом кесаревого розтину в ургентному порядку.

21.08.2025, 15:30. Кесарів розтин, плід 3330 г, 52 см. Під час операції виявлено виражений злуковий

процес: тіло матки на всьому протязі уздовж правого ребра, дно та частково ліві додатки інтимно зрощені з вісцеральним листком очеревини. При ревізії черевної порожнини в ділянці сигмоподібної кишки виявлено два щільно-еластичні утвори, в операційну викликано хірурга. Після повторної ревізії виявлено наявність двох некротизованих жирових підвісок сигмоподібної кишки. Некротизовані підвіски видалено та відправлено на патогістологічне дослідження (рис. 9).



Рис. 9. Некротизовані підвіски сигмоподібної кишки

Некроз жирових відростків сигмоподібної кишки, також відомий як епіплічний апендицит, є болючим станом, за якого жировий відросток товстої кишки запалюється й відмирає через недостатнє кровопостачання [15]. Це доброякісне захворювання, хоча воно може імітувати більш серйозні проблеми, як-от апендицит, дивертикуліт або навіть інфаркт.

Клінічний урок: епіплічний апендицит є рідкісною, але можливою причиною гострого болю під час вагітності.

Висновки

Гострий живіт під час вагітності є потенційно загрозливим для життя станом і складною мультифакторною клінічною ситуацією, що поєднує фізіологічно змінену анатомію, модифіковані лабораторні показники й високий ризик швидкої декомпенсації матері та плода. Зволікання з діагностикою та оперативним втручанням асоціюється з достовірним зростанням материнської та перинатальної захворюваності.

Клінічні випадки демонструють, що атиповий перебіг не виключає катастрофічної патології, очікувальна тактика за гемодинамічною нестабільністю є небезпечною, мультидисциплінарний підхід повинен застосовуватися на ранньому етапі.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Taylor D, Smith CV, Perry RL. Acute Abdomen and Pregnancy. *Medscape* [Internet]. 2024. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/195976-overview>.
2. Skelthorne-Gross GEA, Walker M, Rajendran L, et al. Pregnant patients requiring emergency general surgery: a scoping review of diagnostic and management strategies. *Can J Surg*. 2025;68(3):E190–E213. <https://doi.org/10.1503/cjs.012524>.
3. Dhamecha R, Pajai S, Bhasin T. Acute Abdomen in Pregnancy: A Comprehensive Review of Diagnosis and Management. *Cureus*. 2023;15(6):e40125. <https://doi.org/10.7759/cureus.40125>.
4. Alsadery HA, Bamalan OA, Aljubran HJ, Albaish LJ, Al Ghanim BZ. Non-obstetric Acute Abdomen in Pregnancy: a Review of Literature. *Med Arch*. 2023;77(4):293–298. <https://doi.org/10.5455/medarh.2023.77.293-298>.
5. Pecorella G, Sparic R, Morciano A, et al. Mastering nonobstetric surgery in pregnancy: insights, guidelines evaluation, and point-by-point discussion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;168(2):472–483. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15810>.
6. Zachariah SK, Fenn M, Jacob K, Arthungal SA, Zachariah SA. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2019;11:119–134. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S151501>.
7. Choi JJ, Mustafa R, Lynn ET, Divino CM. Appendectomy during pregnancy: follow-up of progeny. *J Am Coll Surg*. 2011;213(5):627–632. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.07.016>.
8. Zabolotnov VO, Astreyko OV, Olefir LZ, Sorokotyaga R. Obstetric complications in women who underwent conservative myomectomy before pregnancy. *Reprod Health Woman*. 2022;(8):45–51 (In Ukrainian). <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273295>.
9. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Endometriosis: Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [Internet]. 2022. Available from: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis>.
10. Uluilelata M, Ormandy J. Spontaneous haemoperitoneum in pregnancy complicated by a pulmonary embolus: a case report. *Case Rep Womens Health*. 2025;47:e00722. <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2025.e00722>.
11. Leeners B, Damaso F, Ochsenbein-Kolble N, Farquhar C. The effect of pregnancy on endometriosis-facts or fiction? *Hum Reprod Update*. 2018;24(3):290–299. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy004>.
12. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Mangili G, et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Hum Reprod Update*. 2016;22(1):70–103. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv045>.
13. Leone Roberti Maggiore U, Inversetti A, Schimberni M, Vigano P, Giorgione V, Candiani M. Obstetrical complications of endometriosis, particularly deep endometriosis. *Fertil Steril*. 2017;108(6):895–912. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.10.036>.
14. Lier MCI, Malik RF, Ket JCF, Lambalk CB, Brosens IA, Mijatovic V. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis – A systematic review of the recent literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;219:57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.10.012>.
15. Chiabai O, Dragean CA. Acute Pain in Right Iliac Fossa during Pregnancy. *J Belg Soc Radiol*. 2022;106(1):19. <https://doi.org/10.5334/jbsr.2748>.

Дата надходження статті до редакції: 20.12.2025.

Прийнята до друку: 07.05.2026.

Електронна адреса для листування vitaliyzabolotnov@gmail.com