

Повний генітальний пролапс, ускладнений гострим порушенням функції тазових органів (клінічний випадок)

О. В. Голяновський¹, У. М. Тимків¹, І. В. Ключко², І. А. Губар², І. М. Лучицька², К. С. Островець¹, Л. П. Кузьмук³

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КНП «Вишгородська центральна районна лікарня»

³Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ

Рівень поширеності генітального пролапсу (ГП) у світі значно варіює залежно від того, чи підтверджується його наявність симптомами та об'єктивним оглядом органів малого таза, і становить від 20 до 60%. Основними факторами ризику розвитку ГП є старший вік жінки, вагінальні пологи (особливо інструментальні), народження дитини з великою масою тіла, паритет, важка фізична праця та ожиріння.

Мета публікації: аналіз рідкісного клінічного випадку повного ускладненого ГП з гострим порушенням функції тазових органів, вираженим набряком і порушенням трофіки слизової оболонки піхви.

Пацієнтка госпіталізована до гінекологічного відділення клінічної бази кафедри акушерства і гінекології № 1 із наявністю пухлиноподібного утворення, що випинало за межі вульварного кільця впродовж 2 років. Жінка скаржилася на ниючий біль у попереку й нижній частині живота, затримку сечовипускання, порушення дефекації та підвищення температури тіла до 38 °С.

У гінекологічному відділенні під внутрішньовенним знеболенням здійснено репозицію защемленої тазової кили, катетеризацію сечового міхура, а також проведено клініко-лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження та консультацію профільних спеціалістів. З огляду на гострий запальний процес пухлиноподібного утворення, значний набряк, гіпертермію та загострення хронічного пієлонефриту прийнято рішення про проведення консервативного лікування для підготовки до хірургічної корекції ГП.

Протягом 3 тижнів пацієнтка отримувала антибактеріальну, протизапальну та місцеву терапію, що сприяло покращенню загального стану пацієнтки, зменшенню набряку, нормалізації температури тіла та відновленню біоценозу піхви. Це створило умови для проведення хірургічної корекції повного ГП за 10-етапною методикою М. Stark і співавторів (2022) із нашою модифікацією, що передбачала застосування сучасних енергетичних технологій, зокрема монополярного радіохвильового скальпеля та аргонплазмової коагуляції тканин. Операція включала тотальну вагінальну гістеректомію з видаленням придатків матки. Післяопераційний період відбувався без ускладнень. Післяопераційна репарація тканин – *per primam*. Пацієнтку виписано під нагляд сімейного лікаря з рекомендаціями щодо здорового способу життя та дотримання гігієнічних заходів.

Висновки. Успішне лікування випадку повного ГП із защемленням тазової кили й порушенням функції тазових органів стало можливим завдяки правильно обраному двоетапному підходу: початковому проведенню репозиції кили, антибактеріальній, протизапальній та місцевій терапії, а згодом – виконанню хірургічної корекції.

Ключові слова: повний генітальний пролапс, тазова кила, вагінальна гістеректомія.

Complete genital prolapse complicated by acute pelvic organ dysfunction (a case report)

O. V. Golyanovskiy, U. M. Tymkiv, I. V. Klyuzko, I. A. Hubar, I. M. Luchytska, K. S. Ostrovets, L. P. Kuzmuk

The prevalence of pelvic organ prolapse (POP) worldwide varies significantly depending on whether its presence is confirmed by symptoms, objective pelvic examination. Its rate is 20–60%. The most significant risk factors for POP are older age of the woman, vaginal delivery (especially instrumental vaginal delivery), the birth of a child with a high body weight, high parity, heavy physical activity and obesity.

The objective of publication: an analysis of a rare case of complicated complete POP with acute dysfunction of the pelvic organs, pronounced edema, and impaired trophicity of the vaginal mucosa.

The patient was hospitalized to the gynecological department of the clinical base of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 with the presence of a tumor-like formation protruding beyond the vulvar for 2 years. A woman complained on aching pain in the lower back and lower abdomen, urinary retention, defecation disorders, and periodic increase in body temperature to 38 °C.

In the gynecological department, under intravenous anesthesia, a reposition of the prolapsed and pinched pelvic hernia was performed, a catheter was installed in the bladder, as well as a clinical, laboratory and ultrasound examinations were performed. The patient was consulted by medical specialists. Given the acute inflammatory process of the tumor-like for-

mation, significant edema, increased body temperature of the patient, and exacerbation of chronic pyelonephritis, it was decided to conduct conservative treatment in order to ensure conditions for further planned surgical correction of the POP. Antibacterial, anti-inflammatory and local therapy was performed for 3 weeks, which progressively improved the patient's condition with a decrease of complains' intensity, absence of edema, normalization of body temperature and vaginal biocenosis. This lead for the conditions for surgical correction of complete genital prolapse in 10 steps according to the method of M. Stark et al. (2022) with our modification, which involved the use of modern energy technologies, in particular, a monopolar radio wave scalpel and argon plasma coagulation of tissues. The operation included a total vaginal hysterectomy with removal of the uterine appendages. The postoperative period was without complications. Postoperative tissue repair was *per primam*. The patient was discharged under the supervision of a family doctor with recommendations for a healthy lifestyle and adherence to hygiene measures.

Conclusions. Successful treatment of a case of complete genital prolapse with pelvic hernia incarceration and pelvic organ dysfunction was possible thanks to a correctly chosen two-stage approach: initial hernia reduction, antibacterial, anti-inflammatory and local therapy, and later surgical correction.

Keywords: complete pelvic organ prolapse, pelvic hernia, vaginal hysterectomy, colpoperineorrhaphy.

Міжнародна урогінекологічна асоціація (IUGA) та Міжнародне товариство з питань нетримання сечі (ICS) визначають пролапс жіночих тазових органів як відхилення від нормального стану, структури або функції, яке відчуває жінка щодо положення її тазових органів [1].

Рівень поширеності генітального пролапсу (ГП) у світі суттєво варіює і становить від 1 до 65%, залежно від того, чи підтверджується його наявність симптомами (1–31%), результатами об'єктивного огляду органів малого таза (10–50%) або їх комбінації (20–65%) [2]. За прогнозами, у США поширеність симптоматичного ГП зросте на 46% і досягне 4,9 мільйона жінок до 2050 року. Таким чином, ГП є важливою проблемою охорони здоров'я, що посилюватиметься на тлі старіння населення в розвинених країнах [3].

Основними факторами ризику розвитку ГП є старший вік, вагітність, вагінальні пологи, високий паритет і ожиріння [4, 5]. Серед додаткових чинників: ранній вік перших пологів, пологи з використанням акушерських щипців, тривалий другий період пологів, важка фізична праця, хронічні закрепки та народження плода з великою масою тіла [1, 6, 7]. Патофізіологія ГП є багатофакторною та формується поступово протягом багатьох років [8].

До факторів, які зумовлюють розвиток ГП, належать: порушення мікроциркуляції тканин тазового дна, втрата капілярного зв'язку між передньою стінкою матки та сечовим міхуром, порушення венозного відтоку та архітектоники малого таза, недостатнє кровопостачання промежини, гіпоестрогенія, дистрофічні або атрофічні зміни епітелію піхви [9–11]. Авульсія *musculus levator ani* (AML), пов'язана зі слабкістю м'язів тазового дна, підвищує ризик розвитку ГП і ускладнює утримання вагінального кільцевого песарію [12].

Клінічні прояви ГП різноманітні: відчуття заповненості порожнини піхви, хронічний тазовий та поперековий біль, болісний статевий акт (диспареунія), утруднене сечовипускання та дефекація, або навпаки – нетримання сечі та калу [13]. Більшість жінок відзначають симптоми ГП, коли його передній край досягає 0,5 см дистальніше вульварного кільця [14]. Іноді низьке розташування шийки матки призводить до її подразнення через періодичну екстеріоризацію та може спричиняти аномальні вагінальні кровотечі [3]. Симптоми обструктивної дефекації, тобто напруження під час дефекації та

неповне спорожнення кишечника, пов'язані з пролапсом заднього відділу, зокрема ректоцеле та інвагінацією прямої кишки. Ректоцеле також може зумовлювати нетримання калу, хоча цей стан є багатофакторним [3].

Симптоми обструктивного сечовипускання можуть виникати в разі пролапсу переднього, апікального та заднього відділів піхви внаслідок перегину або зовнішнього здавлення уретри. Прогресивний ГП може маскувати стресове нетримання сечі. Регулярна затримка залишкової сечі в сечовому міхурі може призводити до повторного розвитку інфекцій сечовивідних шляхів [3]. Одним із тяжких ускладнень ГП є гідронефроз – розширення ниркової миски та чашечок нирки через порушення відтоку сечі [15]. Згідно з результатами систематичного огляду, поширеність гідронефрозу серед жінок із ГП становить 3,5–30,6% [16].

Ці симптоми суттєво знижують якість життя жінок, зокрема ускладнюють виконання побутових справ, що потребують фізичних навантажень, впливають на психологічне сприйняття тіла та призводять до сексуальної дисфункції [17–19]. Жінки часто відзначають негативні зовнішні зміни свого тіла, відчуття втрати соціальної ролі, дратівливості, депресію, тривогу та сум [13, 19–21].

Особливої актуальності проблема набуває в жінок працездатного віку, тому її вирішення має не лише медичне, а й соціальне значення. Існує нагальна потреба у глибшому розумінні виникнення ГП не лише з метою його лікування, але й для розробки профілактичних заходів. Правильна діагностика є першим кроком до досягнення цих цілей. Тому ключовим етапом є проведення об'єктивного обстеження пролапсу тазових органів із визначенням ступеня пролапсу.

Класифікація POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) є єдиним підтвердженим методом об'єктивного вимірювання пролапсу в 3 тазових відділах: передньому, верхівковому та задньому, що допомагає стандартизації діагнозу залежно від клінічних даних. Вона рекомендована провідними міжнародними урогінекологічними організаціями охорони здоров'я, включно з Американським урогінекологічним товариством, Товариством гінекологічних хірургів і Міжнародним товариством із питань нетримання сечі [14]. Система POP-Q передбачає проведення шести вимірювань передньої, задньої та верхівкової опори відносно дівочої плівки та дозволяє класифікувати ГП за стадіями від 0 до IV на основі найбільшого випадіння

вагінального сегмента [22]. IV стадія характеризується повним випадінням матки та суміжних тазових органів і формуванням тазової кири. Найбільш дистальна частина пролапсу виступає на понад 1 см від гімена, що здебільшого супроводжується цисто- і ректоцеле.

Серед інших методів візуалізації дедалі частіше використовують транслабіальне ультразвукове дослідження (УЗД) для обстеження жінок із дисфункцією тазового дна. Воно є неінвазивним, доступним, простим у виконанні. Порівняно з трансвагінальним ультразвуковим зображенням, транслабіальний/трансперинеальний доступ дозволяє оцінити функціональну анатомію тазового дна під час маніпуляцій, як-от проба Вальсальви. Однією з основних переваг транслабіальної ультразвукової візуалізації є кількісна оцінка ГП. Це дослідження ефективно доповнює клінічне обстеження для визначення характеру та ступеня тяжкості стану [23].

На сьогодні єдиного підходу до лікування ГП не існує. Оптимальне лікування пролапсу органів малого таза індивідуалізується відповідно до ступеня їхнього опущення, наявності ускладнень, віку пацієнтки й інших факторів. Застосовують механічні, консервативні та хірургічні методи лікування. Перші два підходи доцільні за легкого ступеня пролапсу в пацієнток, які планують зачаття дитини, вагітність і пологи, а також у разі протипоказань до операції. Найефективнішим методом залишається хірургічне лікування [6].

Консервативні методи лікування включають модифікацію способу життя, зокрема корекцію харчування, тренування м'язів тазового дна та уникнення надмірних фізичних навантажень. До механічних методів лікування належать вагінальні песарії, що використовуються понад 70 років (з 1937 р.) у США та країнах Європи й спочатку виготовлялися з латексу. Сучасні моделі виготовляють із гіпоалергенного силікону [8]. Вони характеризуються невеликою кількістю протипоказань, низькою частотою ускладнень і належною тривалістю застосування. Використання песарію позитивно впливає на якість життя жінки, її сексуальну функцію та сприйняття зовнішнього вигляду власного тіла. Також сприяє значному зменшенню симптомів ГП, окрім того, є ефективною альтернативою хірургії для жінок, які відмовилися від хірургічного втручання або мають протипоказання [8].

Згідно з даними досліджень, ефективність вагінальних песаріїв становить 90,7%, а рівень задоволеності лікуванням – 75,3%, що асоціюється зі зменшенням вагінальних симптомів і порушень сексуальної функції [24]. Попри ефективність, серед можливих ускладнень відзначають виділення з піхви, появу кровотеч, натирання та неприємний запах. Тому для пацієнток із ГП III–IV стадії рекомендоване хірургічне лікування [24].

За наявності показань хірургічне втручання може проводитися трансвагінальним, лапароскопічним або відкритим доступом із використанням власних тканин пацієнтки або сітчастих ендопротезів [20, 25]. Слід зазначити, що використання синтетичних сітчастих матеріалів супроводжується ризиком виникнення ускладнень під час післяопераційного періоду, зокрема запалень, відторгнення штучного матеріалу, рецидивів ГП (у 8–10% випадків), виникнення стресового нетри-

мання сечі після операції [4, 5, 7, 14]. Це продовжує терміни лікування та потребує значних витрат на вищезгадані матеріали [26].

Упродовж багатьох попередніх десятиліть вагінальна гістеректомія була частиною рутинних процедур у багатьох гінекологічних відділеннях. Однак з огляду на впровадження ендоскопії та роботизованої хірургії в останні роки вагінальна гістеректомія, особливо з проведенням реконструктивних хірургічних втручань власними тканинами, значно втратила пріоритет. Хоча суттєве зменшення частоти абдомінальної гістеректомії є обґрунтованим, зниження використання вагінальної гістеректомії в більшості випадків не є виправданим.

Метою публікації є опис рідкісного клінічного випадку повного ускладненого ГП з гострим порушенням функції тазових органів, вираженим набряком і порушенням трофіки слизової оболонки піхви, що потребувало виконання вагінальної гістеректомії з реконструкцією тазового дна власними тканинами. Операцію проведено за методикою, запропонованою М. Stark і співавторами (2022 р.), яка передбачає виконання 10 послідовних кроків [27]. Цей спосіб є результатом критичного аналізу різних методів вагінальної гістеректомії та вирізняється простотою у виконанні, мінімальною кількістю необхідних інструментів і шовного матеріалу. Запропонована нами модифікація з використанням сучасних енергетичних технологій – монополярного радіохвильового скальпеля (РХ-скальпеля) та аргонно-плазмової коагуляції (АПК) тканин – дозволяє скоротити тривалість операції, мінімізувати крововтрату та зменшити потребу в анальгетиках у післяопераційному періоді порівняно з традиційною методикою.

Клінічний випадок. Пацієнтка Л., віком 68 років, була госпіталізована до гінекологічного відділення Вишгородської центральної районної лікарні зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення, що випинає за межі вульварного кільця. За словами пацієнтки, його наявність вона відмічає вже протягом 2 років. Погіршення загального стану, труднощі із сечовипусканням і дефекацією, ниючий біль у попереку й нижній частині живота, періодичне підвищення температури тіла до 38 °С жінка відмічає впродовж останніх 3 днів.

За даними анамнезу в пацієнтки було 3 вагітності, 2 з яких завершилися медикаментозним абортom, 1 – фізіологічними пологами великим плодом (4100 г) без ускладнень. Менопауза триває 20 років. Соматичний анамнез не обтяжений.

Загальний стан пацієнтки на момент госпіталізації середньої тяжкості, зумовлений інтенсивними болями в ділянці промежини, гострою затримкою сечі, утрудненою ходьбою і підвищенням температури тіла до 37,9 °С. Артеріальний тиск – 140/80 мм рт. ст., пульс – 98 уд./хв. Видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького – слабо позитивний з обох боків.

При огляді зовнішніх статевих органів візуалізується повний ГП із защемленням випавшої тазової кири, яка розташовується за межами вульварного кільця у вигляді пухлиноподібного утворення розмірами 15 × 15 см. Слизова оболонка піхви – з ознаками запалення, набряком і трофічними змінами (рис. 1).



Рис. 1. Повний ГП. Защемлення випавшої тазової кили з порушенням функції тазових органів і трофічними змінами слизової оболонки піхви

У гінекологічному відділенні під внутрішньовенним (в/в) знеболенням виконано репозицію защемленої тазової кили, встановлено катетер у сечовий міхур. Пацієнтці проведено клініко-лабораторне обстеження та УЗД органів черевної порожнини й органів малого таза, організовано консультації профільних спеціалістів: уролога, анестезіолога, терапевта.

Після огляду уролога, за результатами проведеного клініко-лабораторного обстеження та УЗД, окрім візуалізованої випавшої тазової кили, встановлено діагноз двобічного гідронефрозу, хронічного пієлонефриту в стадії загострення.

Результати клініко-лабораторних досліджень пацієнтки на момент госпіталізації:

- загальний аналіз крові (ЗАК): гемоглобін (Hb) – 111 г/л, еритроцити – $3,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити – 344×10^9 /л, лейкоцити – $19,8 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 55 мм/год;
- загальний аналіз сечі (ЗАС): колір – світло-жовтий, прозорість – слабо мутна, питома вага – 1020, білок – 0,33 г/л. Мікроскопічне дослідження сечі: еритроцити – 15–20 у полі зору, лейкоцити – вкривають усе поле зору;
- бактеріологічний посів сечі: *Staphylococcus aureus* – 10×10^7 КУО/л;
- коагулограма: протромбіновий час – 14,9 с, активований частковий тромбoplastинний час – 29,6 с, фібриноген – 5,4 г/л.

За даними трансвагінального УЗД встановлено: матка грушевидної форми, розміри – $47 \times 40 \times 55$ мм. Структура міометрію змінена: в ділянці дна матки візуалізується субсерозний лейоміоматозний вузол розміром 32×22 мм (тип 7 за FIGO), без кровотоку. Ендометрій – відповідний до періоду менопаузи. Шийка матки – 40×39 мм, гіпертрофована, структура не змінена, цервікальний канал зімкнений. Яєчники візуалізуються, афолікулярної структури, розміри відповідно

до норми. Склепіння вільні. Заключення УЗД: ехо-ознаки лейоміоми матки (тип 7 за FIGO), інволютивні зміни внутрішніх статевих органів.

Результати ПАП-тесту методом рідинної цитології: атипів клітини плоского епітелію не виявлено, що дозволяє виключити плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження високого ступеня (ASC-H).

Результати клініко-лабораторних досліджень пацієнтки після проведення консервативного лікування:

- ЗАК: Hb – 122 г/л, еритроцити – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоцити – 486×10^9 /л, лейкоцити – $5,7 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 15 мм/год;
- ЗАС: колір – світло-жовтий, прозорість – прозора, питома вага – 1015, білок – відсутній, глюкоза – відсутня. Мікроскопічне дослідження сечі: еритроцити – 0–1 у полі зору, лейкоцити – 2–3 в полі зору.

За результатами обстежень встановлено **клінічний діагноз**: повний ГП із гострим порушенням функції тазових органів. Тазова кила з цисто- та ректоцеле. Трофічні зміни епітелію піхви запального генезу. Хронічний пієлонефрит у стадії загострення.

З огляду на наявність гострого запального процесу на тлі повного ГП із защемленням тазової кили й порушенням функції тазових органів, значного набряку, підвищеної температури тіла пацієнтки та загострення хронічного пієлонефриту прийнято рішення про проведення консервативного лікування з призначенням антибактеріальної, протизапальної та місцевої терапії та забезпечення умов для подальшої планової хірургічної корекції ГП.

Призначено:

- антибактеріальна терапія (з урахуванням чутливості за даними бактеріологічного дослідження): цефтазидим – 1,0 г в/в крапельно на фізіологічному розчині 2 р/д; метрогіл – 100,0 в/в крапельно 2 р/д впродовж 10 діб;
- протизапальна терапія: супозиторії ревмокси-кам – 15 мг ректально, курс – 10 діб (на ніч);
- місцева терапія: щоденне зрошення піхви антисептиком із високою ефективністю в разі урогенітальних інфекцій, який зокрема має бактерицидну дію щодо *Staphylococcus aureus*, октенісепт (100 г містить 0,1 г октенідину і 2 г 2-феноксіетанолу) упродовж 14 днів;
- додатково: пробіотики (екобіол – 1 капсула 2 р/д); гепатопротектор (карсил – 1 таблетка 3 р/д) протягом 2 тижнів.

Після двотижневої терапії відзначено покращення загального стану пацієнтки: відсутність скарг, нормалізація температури тіла, лабораторних показників, зокрема ЗАК і ЗАС в межах норми, зменшення набряку стінок піхви, відновлення нормального сечовипускання і дефекації. Однак зберігалися ознаки набряку і неспецифічного запалення, епітелізація стінок піхви ще була неповною. У зв'язку з цим було призначено використання тампонів із маззю левомеколь для стимуляції швидких репаративних процесів стінок піхви.

Після тритижневої терапії, на тлі повної стабілізації загального стану пацієнтки, прийнято рішення про планове хірургічне втручання – вагінальну гістеректомію в 10 кроків за методикою M. Stark et al. (2022) [27] у нашій модифікації із застосуванням сучасних енергетич-

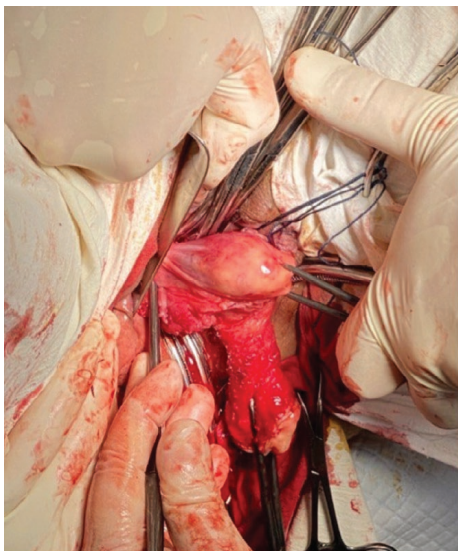


Рис. 2. Заключний етап тотальної вагінальної гістеректомії (крок 7): зв'язування культей придатків і зв'язок матки з реконструкцією тазового дна й АПК тканин



Рис. 3. Вигляд промежини на 10-ту добу після вагінальної гістеректомії з видаленням придатків матки

них технологій: монополярного РХ-скальпеля та АПК тканин (рис. 2). Отримано письмову інформовану згоду пацієнтки з вказаним об'ємом хірургічного лікування.

Виконано вагінальну гістеректомію з видаленням придатків матки. Операція ускладнювалася підвищеною кровоточивістю тканин, зумовленою нещодавно перенесеним запаленням і потовщенням усіх анатомічних структур малого таза, зокрема зв'язкового апарату матки, стінок сечового міхура і піхви. Загальна крововтрата становила близько 200 мл. Тривалість операції – 1 год 15 хв.

Післяопераційний період – без ускладнень. Післяопераційна репарація тканин – *per primam*. Пацієнтка виписана під нагляд сімейного лікаря з рекомендаціями щодо здорового способу життя і гігієнічних заходів. Загальний вигляд промежини на 10-ту добу після проведеного хірургічного втручання за запропонованою методикою продемонстровано на рис. 3.

ВИСНОВКИ

Випадок повного ГП із защемленням тазової киля та порушенням функції тазових органів було успішно розв'язано завдяки правильно обраній двоетапній тактиці лікування. На першому етапі проведено репозицію киля, антибактеріальну, протизапальну і місцеву терапію. На другому – виконано хірургічне втручання.

Вагінальна гістеректомія у складному випадку повного ГП була здійснена в 10 кроків за методикою, запропонованою професором М. Stark et al. (2022), у нашій модифікації із застосуванням сучасних енергетичних технологій (монополярного РХ-скальпеля та АПК тканин). Такий підхід полегшує виконання основних етапів операції, зменшує її тривалість та мінімізує можливі ризики післяопераційних ускладнень.

Конфлікт інтересів. Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Голяновський Олег Володимирович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 741-77-68. E-mail: golyanovskiyoleg@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5524-4411

Тимків Уляна Миколаївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 489-35-64. E-mail: ulianatymkiw666@gmail.com
ORCID: 0009-0005-9623-7348

Клюзко Іван В'ячеславович – КНП «Вишгородська центральна районна лікарня»; тел.: (067) 266-66-88. E-mail: Klyuzko_podol@ukr.net
ORCID: 0000-0001-8253-9349

Губар Ірина Анатоліївна – КНП «Вишгородська центральна районна лікарня»; тел.: (093) 730-03-53. E-mail: iryna.vetrova@gmail.com
ORCID: 0009-0004-1861-8869

Лучицька Ірина Миколаївна – КНП «Вишгородська центральна районна лікарня». E-mail: Lychik_ya@ukr.net
ORCID: 0009-0009-7160-6134

Островець Катерина Сергіївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; тел.: (044) 489-35-64. E-mail: katyastrovets@gmail.com
ORCID: 0009-0008-1873-0251

Кузьмук Леся Петрівна – Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ; тел.: (067) 747-55-40. E-mail: lp.kuzmuk@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7765-6057

Information about the authors

- Golyanovskiy Oleg V.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 741-77-68. *E-mail:* golyanovskiyoleg@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5524-4411
- Tymkiv Uliana M.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail:* ulianatymkiv666@gmail.com
ORCID: 0009-0005-9623-7348
- Klyuzko Ivan V.** – CNE “Vyshgorod Central District Hospital”, tel.: (067) 266-66-88. *E-mail:* Klyuzko_podol@ukr.net
ORCID: 0000-0001-8253-9349
- Hubar Irina A.** – CNE “Vyshgorod Central District Hospital”, tel.: (093) 730-03-53. *E-mail:* iryna.vetrova5@gmail.com
ORCID: 0009-0004-1861-8869
- Luchytska Iryna M.** – CNE “Vyshgorod Central District Hospital”, tel.: (093) 682-83-82. *E-mail:* Lychik_ya@ukr.net
ORCID: 0009-0009-7160-6134
- Ostrovets Kateryna S.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail:* katyaostrovets@gmail.com
ORCID: 0009-0008-1873-0251
- Kuzmuk Lesia P.** – National Military Medical Clinical Center “Main Military Clinical Hospital”, Kyiv; tel.: (067) 747-55-40. *E-mail:* lp.kuzmuk@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7765-6057

ПОСИЛАННЯ

- Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016;27(2):165-94. doi: 10.1007/s00192-015-2932-1.
- Brown HW, Hegde A, Huebner M, Neels H, Barnes HC, Marquini GV, et al. International urogynecology consultation chapter 1 committee 2: Epidemiology of pelvic organ prolapse: prevalence, incidence, natural history, and service needs. *Int Urogynecol J.* 2022;33(2):173-87. doi: 10.1007/s00192-021-05018-z.
- Shek KL, Dietz HP. Assessment of pelvic organ prolapse: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(6):681-92. doi: 10.1002/uog.15881.
- Akeel NY, Gurland B, Hull T. Pelvic Floor Disorders Related to Urology and Gynecology. In: Beck D, Steele S, Wexner S, editors. *Fundamentals of Anorectal Surgery.* Springer, Cham; 2019, p. 571-82. doi: 10.1007/978-3-319-65966-4_31.
- Belayneh T, Gebeyehu A, Adefris M, Rortveit G, Awoke T. Pelvic organ prolapse in Northwest Ethiopia: A population-based study. *Int Urogynecol J.* 2020;31(9):1873-81. doi: 10.1007/s00192-019-04196-1.
- Deprest JA, Cartwright R, Dietz HP, Brito LGO, Koch M, Allen-Brady K, et al. International Urogynecological Consultation (IUC): Pathophysiology of pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2022;33(7):1699-710. doi: 10.1007/s00192-022-05081-0.
- Masenga GG, Shayo BC, Rasch V. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse in Kilimanjaro, Tanzania: A population based study in Tanzanian rural community. *PLoS One.* 2018;13(4):e0195910. doi: 10.1371/journal.pone.0195910.
- Zeiger BB, da Silva Carramão S, Del Roy CA, da Silva TT, Hwang SM, et al. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: Impact on quality of life. *Int Urogynecol J.* 2022;33(7):2013-20. doi: 10.1007/s00192-021-05002-7.
- Tim S, Mazur-Bialy AI. The most common functional disorders and factors affecting female pelvic floor. *Life (Basel).* 2021;11(12):1397. doi: 10.3390/life11121397.
- Sun Z, Zhu L, Xu T, Shi X, Lang J. Effects of preoperative vaginal estrogen therapy for the incidence of mesh complication after pelvic organ prolapse surgery in postmenopausal women: Is it helpful or a myth? A 1-year randomized controlled trial. *Menopause.* 2016;23(7):740-8. doi: 10.1097/GME.0000000000000614.
- Cadish IA, West EH, Sisto J, Longoria T, Bechuk JD, Whitcomb EL. Pre-operative vaginal estrogen and midurethral sling exposure: A retrospective cohort study. *Int Urogynecol J.* 2016;27(3):413-7. doi: 10.1007/s00192-015-2810-x.
- Deffieux X, Perrouin-Verbe MA, Campagne-Loiseau S, Donon L, Levesque A, Rigaud J, et al. Diagnosis and management of complications following pelvic organ prolapse surgery using a synthetic mesh: French national guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024;294:170-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.01.015.
- Carroll L, O' Sullivan C, Doody C, Perrotta C, Fullen B. Pelvic organ prolapse: The lived experience. *PLoS One.* 2022;17(11):e0276788. doi: 10.1371/journal.pone.0276788.
- American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society; INTERIM UPDATE: This Practice bulletin is updated as highlighted to reflect the US Food and Drug Administration order to stop the sale of transvaginal synthetic mesh products for the repair of pelvic organ prolapse. *Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019;25(6):397-408. doi: 10.1097/SPV.0000000000000794.
- Siddique M, Ingraham C, Kudish B, Iglesia CB, Pollard A. Hydronephrosis Associated With Pelvic Organ Prolapse: A systematic review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2020;26(3):212-8. doi: 10.1097/SPV.0000000000000683.
- AlSary S, Al-Zahrani EF, Al Baalharith M. Vesical calculi and female pelvic organ prolapse: A case report and literature review. *Cureus.* 2023;15(9):e44578. doi: 10.7759/cureus.44578.
- Van der Vaart LR, Vollebregt A, Pruijssers B, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Roovers JWR, et al. Female sexual functioning in women with a symptomatic pelvic organ prolapse: a multicenter prospective comparative study between pessary and surgery. *J Sex Med.* 2022;19(2):270-9. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.008.
- Mirskaya M, Lindgren EC, Carlsson IM. Online reported women's experiences of symptomatic pelvic organ prolapse after vaginal birth. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):129. doi: 10.1186/s12905-019-0830-2.
- Rodríguez-Almagro J, Hernández Martínez A, Martínez-Vázquez S, Peinado Molina RA, Bermejo-Cantarero A, Martínez-Galiano JM. A qualitative exploration of the perceptions of women living with pelvic floor disorders and factors related to quality of life. *J Clin Med.* 2024;13(7):1896. doi: 10.3390/jcm13071896.
- Carroll L, O' Sullivan C, Perrotta C, Fullen BM. Biopsychosocial profile of women with pelvic organ prolapse: A systematic review. *Womens Health (Lond).* 2023;19:17455057231181012. doi: 10.1177/17455057231181012.
- Borsamo A, Oumer M, Asmare Y, Worku A. Factors associated with delay in seeking treatment among women with pelvic organ prolapse at selected general and referral hospitals of Southern Ethiopia, 2020. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):86. doi: 10.1186/s12905-021-01245-0.
- Wilkins MF, Wu JM. Epidemiology of pelvic organ prolapse. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2016;5(5):119-23. doi: 10.1007/s13669-016-0149-z.
- Chan IS, Chen GY, Shih YC, Jiang LY, Chang YH, Wang TY, et al. Robot-assisted sacrohysteropexy vs robot-assisted sacrocolpopexy in women with primary advanced apical prolapse: A retrospective cohort study. *J Chin Med Assoc.* 2023;86(4):418-25. doi: 10.1097/JCMA.0000000000000882.
- Aimjirakul K, Pumtako M, Manonai J. Quality of Life after treatment for pelvic organ prolapse: Vaginal pessary versus surgery. *Int J Womens Health.* 2023;15:1017-25. doi: 10.2147/IJWH.S406048.
- Raju R, Linder BJ. Evaluation and management of pelvic organ prolapse. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(12):3122-29. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.09.005.
- Wong NKL, Cheung RYK, Lee LL, Wan OYK, Choy KW, Chan SSC. Women with advanced pelvic organ prolapse and levator ani muscle avulsion would significantly benefit from mesh repair surgery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57(4):631-8. doi: 10.1002/uog.23109.
- Stark M, Malvasi A, Mynbaev O, Tinelli A. The Renaissance of the Vaginal Hysterectomy-A Due Act. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18):11381. doi: 10.3390/ijerph191811381.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2025. – Дата першого рішення 14.03.2025. – Стаття подана до друку 15.04.2025