

УДК 618.14-006.363.03-007.42-06:618.13-079.4-089

**В.В. Камінський¹, В.П. Бондарук², О.О. Процепко³, В.А. Шамрай³,
Г.М. Мазур³, Г.В. Бевз³**

Порівняльна оцінка післяопераційного відновлення та ускладнень після різних методів хірургічного лікування генітального пролапсу у жінок

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

²КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини», Україна

³Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. 1(182): 25-31; doi: 10.15574/HW.2026.1(182).2531

For citation: Kaminsky VV, Bondaruk VP, Protsepko OO, Shamrai VA, Mazur GM, Bevez GV. (2026). Comparative assessment of postoperative recovery and complications after different surgical methods for the treatment of genital prolapse in women. Ukrainian Journal Health of Woman. 1(182): 25-31. doi: 10.15574/HW.2026.1(182).2531

Оцінка післяопераційних ускладнень та якості відновлення жінок після хірургічної корекції генітального пролапсу є важливим критерієм реалізації мультимодальних, доказових протоколів покращеної/прискореної реабілітації після хірургічних втручань.

Мета – оцінити якість післяопераційного відновлення та частоту ускладнень після різних варіантів хірургічного лікування генітального пролапсу у жінок для порівняння ефективності та безпеки цих методів лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, інтенсивність післяопераційного болю, час перебування у стаціонарі, час та якість відновлення після операції, ускладнення й частоту рецидивів захворювання в 389 жінок. Із них 239 пацієнткам виконано вагінальні операції (I група), 150 жінкам – лапароскопічні хірургічні втручання (II група). Післяопераційне відновлення оцінювали за допомогою опитувальника якості відновлення пацієнта після операції (Quality of recovery 15-item questionnaire – QoR-15). Статистичну обробку даних проведено за допомогою програми «SPSS 21».

Результати. Виконання лапароскопічних хірургічних втручань для корекції генітального пролапсу асоціювалося з меншим об'ємом інтраопераційної крововтрати, зниженням інтенсивності больового синдрому та скороченням терміну перебування в стаціонарі, але супроводжувалося подовженням загальної тривалості хірургічного втручання. З'ясовано достовірно нижчу частоту післяопераційних гематом, ерозій слизової оболонки піхви, диспареунії та рецидивів захворювання після лапароскопічних хірургічних втручань порівняно з вагінальними операціями для корекції генітального пролапсу у жінок.

Висновки. Лапароскопічні реконструкції при пролапсі тазових органів позитивно впливають на якість післяопераційного відновлення пацієнток.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: генітальний пролапс, вагінальна хірургія, лапароскопія, тазова хірургія, рецидив.

Comparative assessment of postoperative recovery and complications after different surgical methods for the treatment of genital prolapse in women

V.V. Kaminsky¹, V.P. Bondaruk², O.O. Protsepko³, V.A. Shamrai³, G.M. Mazur³, G.V. Bevez³

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

²Municipal Non-Commercial Enterprise «Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine», Ukraine

³National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine

Assessment of postoperative complications and the quality of recovery in women after surgical correction of genital prolapse is an important criterion for the implementation of multimodal, evidence-based protocols aimed at improving and accelerating postoperative rehabilitation.

Aim – to evaluate the quality of postoperative recovery and the frequency of complications after different surgical treatment options for genital prolapse in women to compare the effectiveness and safety of these methods.

Materials and methods. The following parameters were analyzed: duration of surgery, intraoperative blood loss volume, intensity of postoperative pain, length of hospital stay, time and quality of postoperative recovery, complications, and recurrence rate in 389 women. Among them, 239 patients underwent vaginal surgery (Group I), and 150 women underwent laparoscopic surgical interventions (Group II). Postoperative recovery was assessed using the Quality of Recovery 15-item questionnaire (QoR-15). Statistical data processing was performed using SPSS 21 software.

Results. Laparoscopic surgical interventions for the correction of genital prolapse were associated with lower intraoperative blood loss volume, reduced pain intensity, and a shorter hospital stay, but were accompanied by a longer overall operation time. A significantly lower incidence of postoperative hematomas, vaginal mucosal erosions, dyspareunia, and disease recurrence was observed after laparoscopic surgical interventions compared to vaginal surgeries for the correction of genital prolapse in women.

Conclusions. Laparoscopic reconstruction for pelvic organ prolapse positively affects the quality of postoperative recovery in patients.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institutions. Informed consent was obtained from all patients.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: genital prolapse, vaginal surgery, laparoscopy, pelvic surgery, recurrence.

Вступ

Пропалапс тазових органів (або генітальний пропалапс) є поширеним захворюванням, котре визначається як зміщення матки, піхви, сечового міхура чи прямої кишки донизу через ослаблення м'язів тазового дна та зв'язкового апарату [15]. Частота цієї патології, виходячи з наявності симптомів, становить від 3–6% і сягає 50%, якщо ґрунтуватися на результатах вагінального обстеження [8,9].

Частота генітального пропалапсу значно зростає у віці 50 і більше років [2]. Існують дані, що кожні додаткових 10 років життя жінки підвищують ризик пропалапсу на 40% [12]. У зв'язку зі старінням населення прогнозується, що в США до 2050 року кількість жінок із симптоматичним пропалапсом тазових органів зростає до 46%, що означатиме понад 5 млн осіб [16]. За даними досліджень, кожна п'ята гінекологічна операція спрямована на корекцію цього стану [6].

Формування пропалапсу тазових органів асоціюється з розвитком урологічних порушень, серед яких – стресове нетримання сечі, утруднене сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура. Серед інших симптомів, котрі негативно впливають на якість життя жінок, слід зазначити запори, утруднену дефекацію (ректоцеле), нетримання газів чи калу [17]. Наявність цієї патології також може негативно впливати на сексуальну функцію, збільшувати ризик інфекцій сечовивідних шляхів, а також викликати естетичний та психологічний дискомфорт [3,4,14].

Лікування генітального пропалапсу включає як нехірургічні, так і хірургічні методи лікування. Консервативне лікування передбачає зміни способу життя, застосування вагінальних форм естрогену, фізіотерапію та використання механічних пристроїв песаріїв [8]. Хірургічне лікування рекомендується у випадках симптомного пропалапсу або за неефективності консервативної терапії. Існують численні варіанти хірургічних втручань при пропалапсі тазових органів, серед яких: відкриті абдомінальні, вагінальні, лапароскопічні, роботизовані операції із застосуванням сіток або без них [10,13]. Важливі аспекти, котрі слід врахува-

ти перед вибором оптимального варіанту операції, включають: вид та тяжкість опущення й випадання тазових органів, частоту та тяжкість симптомів, стан здоров'я пацієнтки та супутні захворювання, її уподобання, бажання зберегти репродуктивну функцію, наявність нетримання сечі та/або калу, а також досвід хірурга [7]. Водночас, протягом останніх років накопичуються дані про те, що вагінальні підходи, попри технічну простоту, супроводжуються вищими показниками ускладнень, ерозій імплантів і рецидивів [1,5]. В умовах широкого впровадження мінімально інвазивних технологій у вітчизняну систему охорони здоров'я, актуальним постає отримання локальних даних щодо ефективності та безпеки вагінального та лапароскопічного доступів, а також аналіз структури операційного часу (включно з «нехірургічними» етапами), оскільки це впливає на планування операційних залів, витрати та доступність допомоги.

Мета дослідження – оцінити якість післяопераційного відновлення та частоту ускладнень після різних варіантів хірургічного лікування генітального пропалапсу у жінок для порівняння ефективності та безпеки цих методів лікування.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводили протягом 2021–2025 років на базі КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини». До нього було залучено 389 пацієнток віком від 43 до 83 років (у середньому, $M \pm \sigma$ – $57,6 \pm 7,5$ років) із генітальним пропалапсом, яким виконано гістеректомію (надпівову ампутацію матки або екстирпацію матки).

Критеріями залучення до дослідження були: вік від 18 років, наявність пропалапсу тазових органів II–IV стадії згідно з POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), відсутність в анамнезі попередніх реконструктивних операцій на тазовому дні, згода пацієнтки на участь у дослідженні, згода пацієнтки на хірургічне втручання.

Критеріями виключення слугували: злоякісні новоутворення та тяжкі супутні захворювання.

Залежно від варіанту хірургічного лікування учасниці дослідження були розподілені на дві гру-

Таблиця 1

Деякі характеристики пацієнток I та II клінічних груп

Показник	I група (n=239)	II група (n=150)
Вік (роки), M±σ	57,4±7,26	57,87±7,91
Проживання в місті, абс. (%)	157 (65,7%)	93 (62,0%)
Маса тіла (кг), M±σ	76,19±11,87	80,13±14,7*
Індекс маси тіла (ІМТ) (кг/м ²), M±σ	28,08±4,9	28,85±5,44
Ожиріння (ІМТ≥30 кг/м ²), абс. (%)	73 (30,5%)	49 (32,7%)
Наявність соматичної супутньої патології, абс. (%)	96 (40,2%)	67 (44,9%)
Паритет ≥2, абс. (%)	97 (40,6%)	63 (42,3%)
Вагінальні пологи, M±σ	1,1±0,9	1,12±0,87
Постменопауза, абс. (%)	205 (85,8%)	127 (85,2%)
Лейоміома матки, абс. (%)	33 (13,8%)	11 (7,4%)
Поліпи ендометрію, абс. (%)	9 (3,8%)	6 (4,0%)
Кіста яєчника, абс. (%)	5 (2,1%)	1 (0,7%)
Вік появи пролапсу (роки), M±σ	44,3±7,66	45,31±7,58
Нетримання сечі, абс. (%)	87 (36,4%)	58 (38,9%)

Примітка: * – різниця достовірна порівняно з I групою (p<0,05).

пи. До I групи увійшли 239 жінок із генітальним пролапсом, прооперованих вагінальним доступом (вагінальна гістеректомія (ВГЕ) з кольпорафією та перінеопластиком; ВГЕ з кольпорафією, перінеопластиком та сакроспінальною фіксацією; операція Лефора; манчестерська операція). II групу склали 150 пацієнток, яким виконано лапароскопічні операції – лапароскопічна гістеректомія (ГЕ) з промонтофіксацією, пектопексією або білатеральним підвішуванням.

Досліджуваними показниками були: тривалість операції, інтраопераційна крововтрата, час перебування у стаціонарі, інтенсивність болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Кінцевими точками дослідження визначено частоту післяопераційних ускладнень і післяопераційне відновлення. Останнє оцінювали за допомогою опитувальника якості відновлення пацієнта після операції (Quality of recovery 15-item questionnaire – QoR-15) через 24 години після завершення оперативного втручання [11].

Статистичну обробку отриманих даних проведено із застосуванням пакету статистичної обробки інформації «SPSS 21» (©SPSS Inc.). Перевірку нормальності розподілу отриманих даних виконано за допомогою критерію Шапіро-Вілка. Континуальні змінні наведено у вигляді M±σ (середнє значення ± середнє квадратичне відхилен-

ня), категоріальні – у відсотках (%). Для оцінки відмінностей середніх у незв'язаних вибірках застосовано критерій Манна-Вітні, для категоріальних змінних – χ^2 -критерій. Також визначено співвідношення шансів (СШ) і 95% довірчий інтервал (ДІ). Статистично значущими вважали відмінності при p<0,05 (95-відсотковий рівень значущості) і при p<0,01 (99-відсотковий рівень значущості).

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження схвалено Локальним етичним комітетом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика для всіх, хто брав участь. Від усіх пацієнток отримано інформовану згоду на оперативне лікування та участь у дослідженні.

Результати дослідження та їх обговорення

Пацієнтки I та II клінічних груп були порівняні за віком, місцем проживання, паритетом, наявністю соматичної та гінекологічної патології, віком появи генітального пролапсу та частотою симптомної інконтиненції, як однієї з найголовніших скарг, що порушують якість життя цієї категорії пацієнток. Виявлено достовірно більшу середню масу тіла у пацієнток II групи (p=0,004), проте це не вплинуло на відсутність статистично значущих

Таблиця 2

Інтраопераційні показники хірургічного лікування в обстежених пацієнток

Показник	I група (n=239)	II група (n=150)
	M±σ	M±σ
Тривалість операції, хв.	76,94±22,23	122,3±50,3*
Крововтрата, мл	163,6±58,89	122,3±54,05*

Примітка: * – різниця достовірна порівняно з іншою групою (p<0,05).

відмінностей між групами щодо індексу маси тіла та частоти ожиріння (p>0,005) (табл. 1).

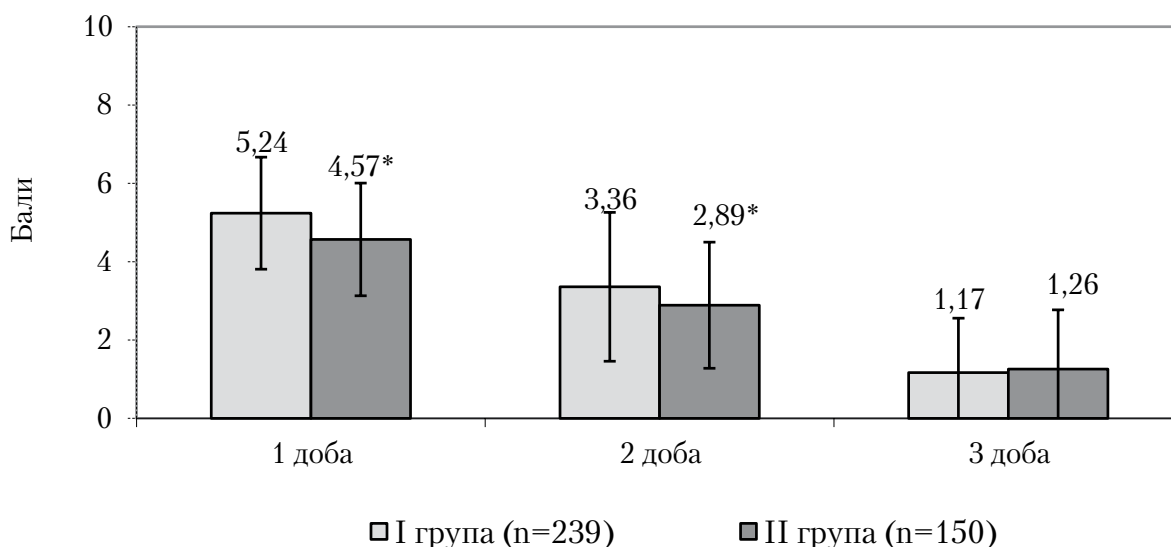
При вивченні інтраопераційних показників хірургічного лікування генітального пролапсу встановлено, що середня тривалість оперативного втручання у жінок I групи становила 76,94±22,23 хв (від 30 до 165 хв) та була статистично значуще меншою, ніж у жінок II групи – 122,3±50,3 хв (від 50 до 320 хв) (p<0,001). Це зумовлено достовірно меншим сукупним нехірургічним часом. Проте, попри довшу тривалість втручання, середня крововтрата в II групі була достовірно меншою – 122,3±54,05 мл проти 163,6±58,89 мл у I групі (середня різниця 41,4 мл; 95% ДІ: 29,7–53,1 мл, p<0,001) (табл. 2).

Виявлено статистично значущу відмінність щодо середніх значень інтенсивності післяопераційного болювого синдрому між I та II групами на 1-шу та 2-гу доби післяопераційного періоду: 5,24±1,43 проти 4,57±1,44 бала (p<0,001) і 3,36±1,95 проти 2,89±1,61 бала відповідно (p=0,009) (рис. 1).

Тривалість перебування в стаціонарі була достовірно більшою в пацієнток I групи – 4,11±1,61 доби проти 2,88±1,03 доби в II клінічній групі (p<0,001) (рис. 2А). Загальна оцінка за опитувальником якості відновлення пацієнта QoR-15 виявилася статистично значуще нижчою в I групі – 123,7±13,01 бала, ніж у пацієнток II групи – 129,3±8,93 бала (p<0,001) (рис. 2Б).

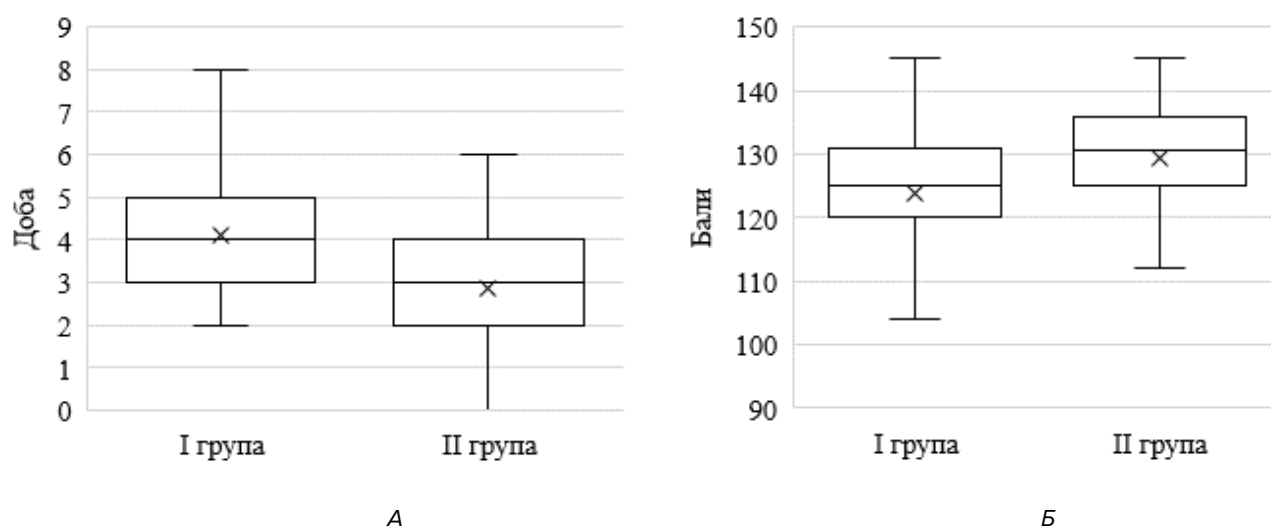
Частота та структура ускладнень в групах порівняння наведені в таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, при порівнянні двох варіантів хірургічних втручань у II клінічній групі виявлено достовірну меншу частоту післяопераційних гематом 3 (2,0%) проти 17 (7,1%) у I групі (СШ 3,75; 95% ДІ: 1,08–13,03; p=0,026), ерозій слизової оболонки піхви – 2 (1,3%) проти 13 (5,4%) відповідно (СШ 4,26; 95% ДІ: 1,01–19,13; p=0,041), диспареунії – 1 (0,7%) проти 10 (4,2%) відповідно (СШ 6,51; 95% ДІ: 1,01–51,35; p=0,042) та рецидивів захворювання – 28 (18,7%) проти 83 (34,7%) відповідно (СШ 0,43; 95% ДІ: 0,26–0,7; p<0,001).



Примітка: * – різниця достовірна порівняно з I групою групою.

Рис. 1. Інтенсивність післяопераційного болювого синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) у пацієнток досліджуваних груп



Примітка: результати представлені у вигляді середнього значення (хрестик), медіани (лінія), 25–75-м кватилів (коробка) і 10–90-м – кватилів (вуса); * – різниця достовірна порівняно з I групою ($p < 0,05$).

Рис. 2. Порівняльна характеристика тривалості перебування в стаціонарі (А) та інтегрального показника якості відновлення QoR-15 (Б) в обстежених жінок

Аналіз наукової літератури свідчить про відсутність визначених критеріїв відбору, показань, протипоказань та доцільності виконання того чи іншого виду оперативного втручання при генітальному пролапсі. Протягом останніх десятиліть у пацієток із цієї патологією виконували різні варіанти відкритих абдомінальних, вагінальних, лапароскопічних, роботизованих хірургічних втручань із застосуванням сіток або без них [10,13]. Проте в українських реаліях недостатньо даних щодо порівняння нових лапароскопічних підходів із вагінальною хірургією стосовно їх інтраопераційних характеристик, ускладнень, частоти рецидивів та показників якості післяопераційного відновлення, що й зумовило мету нашого дослідження.

Отримані нами дані свідчать, що виконання лапароскопічних хірургічних втручань при гені-

тальному пролапсі дозволяє знизити об'єм інтраопераційної крововтрати, тривалість госпіталізації та частоту рецидивів захворювання, що узгоджується із сучасними систематичними оглядами та метааналізами [1,5]. Однак автори останніх акцентують увагу на значній гетерогенності досліджень і необхідності подальших рандомізованих досліджень для більш однозначного визначення переваг лапароскопічного порівняно з вагінальним підходом. Як і в метааналізі A. Azadi та співавт. (2025) [1], нами встановлено статистично значуще більшу середню тривалість лапароскопічних оперативних втручань при генітальному пролапсі $122,3 \pm 50,3$ хв (від 50 до 320 хв) проти $76,94 \pm 22,23$ хв (від 30 до 165 хв) при застосуванні вагінального доступу ($p < 0,001$). Це відбулося за рахунок достовірно меншого сукупного нехірургічного часу в I гру-

Таблиця 3

Порівняльна характеристика частоти ускладнень у клінічних групах

Показник	I група (n=239)	II група (n=150)
	абс. (%)	абс. (%)
Післяопераційні гематоми	17 (7,1%)	3 (2,0%)*
Ерозії слизової оболонки піхви	13 (5,4%)	2 (1,3%)*
Диспареунія	10 (4,2%)	1 (0,7%)*
Затримка сечі / дефекації	18 (7,5%)	7 (4,7%)
Травми суміжних органів	3 (1,3%)	2 (1,3%)
Рецидив генітального пролапсу	83 (34,7%)	28 (18,7%)*

Примітка: * – різниця достовірна порівняно з I групою ($p < 0,05$).

Висновки

пі. Суттєвий внесок у загальний «час операційної» роблять підготовчі етапи, що природно є довшими при лапароскопії через налаштування відеосистеми, інсуфлятора, позиціонування в положенні Тренделенбурга та етапи загальної анестезії. Водночас ця часово-ресурсна «ціна» компенсується клінічними перевагами: меншою травматичністю, зокрема, нижчою частотою післяопераційних гематом (СШ 3,75; 95% ДІ: 1,08–13,03), ерозій слизової оболонки піхви (СШ 4,26; 95% ДІ: 1,01–19,13), а також кращими довгостроковими результатами. Фактом, котрий не збігається з результатами цитованого вище метааналізу [1], є встановлена нами достовірна різниця в середній тривалості перебування в стаціонарі, котра була достовірно меншою після лапароскопічних хірургічних втручань ($p < 0,001$), та менша частота диспареунії (СШ 6,51; 95% ДІ: 1,01–51,35). Згідно з отриманими даними, середні значення інтенсивності больового синдрому на 1-шу та 2-гу доби післяопераційного періоду були достовірно нижчими в групі лапароскопічних операцій ($p < 0,001$ і $p = 0,009$ відповідно), що зумовлено їх меншою травматичністю. Ці дані відрізняються від висновків метааналізу A. Douligeris та співавт. (2024), в якому суттєвих відмінностей за частотою післяопераційного болю та частотою післяопераційних гематом тазу встановлено не було [5]. Також нами вперше оцінено якість післяопераційного відновлення пацієток із використанням стандартизованого опитувальника QoR-15) [11], що дозволило встановити достовірно вищу оцінку відновлення після лапароскопічної реконструкції при пролапсі тазових органів ($p < 0,001$).

Встановлено, що виконання лапароскопічних хірургічних втручань для корекції генітального пролапсу асоціюється з меншим об'ємом інтраопераційної крововтрати, зниженням інтенсивності больового синдрому та скороченням терміну перебування в стаціонарі. Проте, нехірургічні етапи – індукція, позиціонування й укріплення, підготовка обладнання, контрольна пауза та пробудження – суттєво подовжують загальну тривалість лапароскопії, але не нівелюють її клінічних переваг.

З'ясовано достовірно нижчу частоту післяопераційних гематом (СШ 3,75; 95% ДІ: 1,08–13,03), ерозій слизової піхви (СШ 4,26; 95% ДІ: 1,01–19,13), диспареунії (СШ 6,51; 95% ДІ: 1,01–51,35) та рецидивів захворювання (СШ 0,43; 95% ДІ: 0,26–0,7) після лапароскопічних хірургічних втручань порівняно з вагінальними операціями для корекції генітального пролапсу в жінок.

Лапароскопічні реконструкції при пролапсі тазових органів позитивно впливають на якість післяопераційного відновлення жінок цієї категорії. Загальна оцінка якості відновлення пацієнта за опитувальником QoR-15 була статистично значуще вищою в пацієток групи лапароскопічних втручань – $129,3 \pm 8,93$ бала проти $123,7 \pm 13,01$ бала після вагінальних операцій ($p < 0,001$).

Перспективою подальших досліджень є оцінка впливу різних хірургічних методів лікування генітального пролапсу на довгострокову ефективність, безпеку та економічну доцільність різних підходів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Azadi A, Ulibarri H, Arroyo A, Gonzalez Herrera D, Hamilton B et al. (2025). Meta-Analysis of Laparoscopic Versus Vaginal Uterosacral Ligament Suspension. *J Minim Invasive Gynecol.* 32(10): 877-888. doi: 10.1016/j.jmig.2025.07.001.
- Barber MD. (2024). Measuring Pelvic Organ Prolapse: An Evolution. *Int Urogynecol J.* 35(5): 967-976. doi: 10.1007/s00192-024-05798-0.
- Baryshnikova OP, Chaika KV, Tytarenko NV, Vozniuk AV, Rud VO. (2023). Quality of life as a criterion for the effectiveness of surgical treatment of genital prolapses combined with uterine leiomyoma. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics.* 3(95): 49-54. doi: 10.15574/PP.2023.95.49. [Баришнікова ОП, Чайка КВ, Титаренко НВ, Вознюк АВ, Рудь ВО. (2023). Якість життя як критерій ефективності хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 3(95): 49-54. doi: 10.15574/PP.2023.95.49].
- Collins S, Lewicky-Gaupp C. (2022). Pelvic Organ Prolapse. *Gastroenterol Clin North Am.* 51(1): 177-193. doi: 10.1016/j.gtc.2021.10.011.
- Douligeris A, Kathopoulos N, Zachariou E, Mortaki A, Zacharakis D, Kyriotis K et al. (2024). Laparoscopic Versus Vaginal Uterosacral Ligament Suspension in Women With Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 31(6): 477-487. doi: 10.1016/j.jmig.2024.03.007.
- Geoffrion R, Larouche M. (2021). Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 43(4): 511-523.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2021.02.001.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. (2016). Transvaginal mesh or grafts compared with

- native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2(2): CD012079. doi: 10.1002/14651858.CD012079.
8. Pitsillidi A, Protopapas A, Gkrozou F, Daniilidis A. (2025). Laparoscopic pectopexy for the treatment of pelvic organ prolapse (POP): how, why, when: a narrative review of the literature. *Facts Views Vis Obgyn.* 17(1): 30-38. doi: 10.52054/FVVO.2024.13381.
 9. Pizzoferrato AC, Sallée C, Thubert T, Fauconnier A, Deffieux X. (2024). Value of pelvic examination in women with pelvic organ prolapse: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet.* 167(2): 573-597. doi: 10.1002/ijgo.15697.
 10. Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornshtein N, Bouquet S, Cayrac M et al. (2023). Management of female pelvic organ prolapse-Summary of the 2021 HAS guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 52(3): 102535. doi: 10.1016/j.jogoh.2023.102535.
 11. Stark PA, Myles PS, Burke JA. (2013). Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology.* 118(6): 1332-1340. doi: 10.1097/ALN.0b013e318289b84b.
 12. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al. (2005). Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 192(3): 795-806. doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.602.
 13. Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. (2023). Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women. *Dtsch Arztebl Int.* 120(5): 71-80. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0406.
 14. Tvarožek S, Szypulová M, Šteflová A, Huser M, Rušavý Z. (2025). Sexual function in women with pelvic organ prolapse. *Ceska Gynecol.* 90(1): 64-70. doi: 10.48095/cccg202564.
 15. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. (2020). Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 46(1): 5-14. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581.
 16. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Funk MJ. (2014). Lifetime risk of surgery for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 25(11): 1559-1566.
 17. Zhuk SI, Budchenko EA. (2018). Prophylaxis of genital prolapse in women in the late postpartum period. *Health of woman.* 3 (129): 31-33. [Жук СІ, Будченко ЄА. (2018). Профілактика генітального пролапсу у жінок у пізній післяпологовий період. *Здоров'я жінчини.* 3 (129): 31-33].

Відомості про авторів:

Камінський В'ячеслав Володимирович – академік НАМН України, д.мед.н., проф., ректор НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044)205-49-46. <https://orcid.org/0000-0002-5369-5817>.

Бондарук Володимир Петрович – к.мед.н., лікар акушер-гінеколог КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини». Адреса: м. Київ, проспект В. Івасюка, 16. <https://orcid.org/0000-0002-0292-0877>.

Процепко Олександр Олексійович – д.мед.н., проф. каф. акушерства та гінекології №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0009-0005-3436-9273>.

Шамрай Володимир Анатолійович – д.мед.н., доц. каф. променевої діагностики, променевої терапії та онкології ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0001-8226-1455>.

Мазур Галина Миколаївна – асистент каф. анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0001-5917-9824>.

Бевз Геннадій Вікторович – к.мед.н., доц. каф. анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-1257-4290>.

Стаття надійшла до редакції 28.11.2025 р.; прийнята до друку 28.01.2026 р.