

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

О.П. Баришнікова<sup>1</sup>, К.В. Чайка<sup>1</sup>, Н.В. Титаренко<sup>2</sup>,  
А.В. Вознюк<sup>2</sup>, В.О. Рудь<sup>2</sup>

## Якість життя як критерій ефективності хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки

<sup>1</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ  
<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2023. 3(95): 49-54; doi 10.15574/PP.2023.95.49

**For citation:** 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.

Дотепер не розроблено критеріїв вибору обсягу хірургічного втручання в пацієнок із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки.

**Мета** — оцінити та порівняти показники якості життя через 6 та 12 місяців після гістеректомії з та без корекції генітального пролапсу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 пацієнок. В контрольній (I) групі (n=40) виконано гістеректомію без корекції генітального пролапсу, в інших двох групах — гістеректомію та корекцію генітального пролапсу з використанням сітчастого імплантата методом пектопексії (II група, n=40) або латеральної фіксації (III група, n=40). Для оцінки якості життя до та через 6 місяців після операції використовували опитувальники PFDI-20 та PISQ, через 12 місяців — опитувальник «Пролапс (тазових органів), дисфункції (тазового дна) та якості життя» (ПД-ЯЖ). Статистична обробка даних проводилася з допомогою програми «SPSS 21».

**Результати.** Достовірні відмінності в оцінці за PFDI-20 зареєстровано в пацієнок II та III груп — 45,39±27,02 і 49,78±17,24 бали відповідно; p<0,001. Індекс сексуальної функції, за даними опитувальника PISQ, також достовірно збільшився в II та III групах: з 18,93±14,61 до 24,85±12,19 бала — у групі пектопексії; з 17,55±10,64 до 24,30±13,92 бала — у групі латеральної фіксації (p=0,01). Під час аналізу результатів анкетування за допомогою опитувальника ПД-ЯЖ через 12 місяців після операції звернено увагу на достовірні відмінності в середніх оцінках впливу проявів генітального пролапсу на якість життя, фізичних і соціальних обмежень, міжособистісних взаємин та емоційних проблем у жінок, яким проведено корекцію пролапсу тазових органів у поєднанні з гістеректомією порівняно з пацієнтками, яким виконано тільки гістеректомію (p<0,05).

**Висновки.** Отримані нами дані свідчать про ефективність одномоментного з гістеректомією виконання корекції генітального пролапсу з використанням сітчастих імплантів.

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

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** лейоміома матки, генітальний пролапс, якість життя.

### Quality of life as a criterion for the effectiveness of surgical treatment of genital prolapses combined with uterine leiomyoma

O. P. Baryshnikova<sup>1</sup>, K. V. Chaika<sup>1</sup>, N. V. Tytarenko<sup>2</sup>, A. V. Vozniuk<sup>2</sup>, V. O. Rud<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

<sup>2</sup>Vinnitsia National Pirogov Medical University, Ukraine

Criteria for choosing the volume of surgical intervention in patients with genital prolapse combined with uterine leiomyoma have not been developed.

**Purpose** — to evaluate quality of life after hysterectomy with and without correction of genital prolapse.

**Materials and methods.** 120 patients were examined. In the Control (I) Group (n=40), hysterectomy was performed without correction of genital prolapse, in the other two groups — hysterectomy and correction of genital prolapse using a mesh implant by the method of pectopexy (the Group II, n=40) or lateral fixation (the Group III, n=40). The PFDI-20, PISQ and PD-QOL questionnaires were used to assess the quality of life after the operation. Statistical analysis was performed with SPSS Version 21.0.

**Results.** Significant differences in the average number of points were registered in the Group II and Group III — 45.39±27.02 and 49.78±17.24 points respectively; p<0.001. The sexual function index also significantly increased: from 18.93±14.61 to 24.85±12.19 points in the Group II and from 17.55±10.64 to 24.30±13.92 points in the Group III (p=0.01). During the analysis 12 months post surgery, attention was drawn to reliable differences in the average estimates of the impact of manifestations of genital prolapse on the quality of life (the PD-QOL questionnaire), physical and social limitations, interpersonal relationships and emotional problems in the Group II/Group III compared to patients in the Group I (p<0.05).

**Conclusions.** The data we obtained allow us to talk about the effectiveness of simultaneous correction of genital prolapse with hysterectomy using mesh implants.

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 participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

**Keywords:** uterine leiomyoma, genital prolapse, quality of life.

В Україні, як і в усьому світі, лейоміома матки є одним із найпоширеніших доброякісних утворень статевих органів у жінок. За сучасними даними, ця патологія зустрічається в кожній другій-третьій жінки і в 50–70% випадків при захворюваннях матки є показанням до хірургічного лікування [13].

У понад 60% випадків лейоміому матки діагностують у перименопаузальний або постменопаузальний періоди [14], тобто у віковій категорії жінок із високою частотою генітального пролапсу, який, своєю чергою, також може потребувати оперативного лікування. Так, за даними I. Milsom та співавт. (2019), до 85 років хірургічної корекції генітального пролапсу потребує кожна п'ята жінка [9]. При цьому пролапс тазових органів приводить до розвитку низки симптомів, що впливають на якість життя жінок: тяжкість внизу живота (67–70%), часті позиви та утруднене сечовипускання (37,5–42,6%), нетримання сечі (7,1–16,1%), закрепи (24,2–31,5%), тенезми (до 32%), біль у попереку (22–25%), відчуття стороннього тіла в піхві (9–16,4%) тощо [17].

За даними Д.М. Железова (2021), під час аналізу результатів магнітно-резонансної томографії м'язів матки на передопераційному етапі генітальний пролапс I–II ступенів мають близько 20% пацієнток [16]. При цьому слід визнати, що дотепер не розроблено ефективних критеріїв вибору обсягу хірургічного втручання в пацієнток із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки, що не дає змоги поліпшити якість життя пацієнтів цієї категорії. Останнє вказує на недосконалість існуючих методів лікування та потребує розроблення нових підходів до хірургічних втручань.

На сьогодні великої популярності набувають операції з використанням синтетичних імплантів. За даними Федерального Агентства США з нагляду за використанням харчових і лікарських засобів (US Food and Drug Administration — FDA), кількість оперативних втручань із приводу генітального пролапсу у 2010 р. становила 300 000 на рік, у кожному третьому випадку використовувалася сітка [10].

Імовірно, що оперативне лікування лейоміоми матки з одномоментною корекцією генітального пролапсу дасть змогу усунути ті прояви та симптоми, які найбільшою мірою погіршують якість життя цих пацієнтів [17].

**Мета** дослідження — оцінити та порівняти показники якості життя після гістеректомії з та

без корекції генітального пролапсу через 6 і 12 місяців після операції.

### Матеріали та методи дослідження

На базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика проведено проспективне контрольоване клінічне дослідження за участю 120 жінок із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки, які звернулися по медичну допомогу до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини.

**Критерії залучення** до дослідження: вік до 75 років, показання до хірургічного лікування лейоміоми матки, наявність пролапсу тазових органів II стадії згідно з міжнародною класифікацією кількісної оцінки пролапсу тазових органів — Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), згода пацієнтки на участь у дослідженні, згода пацієнтки на хірургічне втручання в об'ємі надпівової ампутації або екстирпації матки, згода на встановлення сітчастого імпланту для жінок II та III груп.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено 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.

Вік пацієнток був від 34 до 67 років (у середньому —  $49,6 \pm 8,03$  року). У репродуктивному періоді (до 45 років включно) було 46 із 120 пацієнток, що становило 38,3%, у періоді перименопаузи — 23 (19,2%) жінки, у постменопаузі — 51 (42,5%) особа. Усі жінки мали симптоми лейоміоми матки та пролапс тазових органів II стадії згідно з POP-Q [4].

Залежно від варіанта проведеного оперативного втручання учасниці дослідження поділені на три групи. Контрольну (I) групу становили 40 жінок, яким із приводу лейоміоми матки виконано ампутацію або екстирпацію матки без корекції генітального пролапсу. До II групи увійшли 40 пацієнток, яким одномоментно з ампутацією або екстирпацією матки проведено корекцію генітального пролапсу методом пектопексії, а в III групі — аналогічні операції з корекцією пролапсу методом латеральної фіксації ( $n=40$ ). Для хірургічної корекції генітального пролапсу використано сітчастий імплант.

Таблиця 1

## Деякі характеристики досліджуваних груп

Показник	I група (n=40)	II група (n=40)	III група (n=40)
Вік, роки	48,3±3,57	50,95±8,78	49,53±10,17
Вага, кг	73,3±11,28	74,05±6,58	74,58±8,81
Індекс маси тіла (ІМТ), кг/м <sup>2</sup>	25,8±4,15	27,13±3,15	27,41±4,98
Ожиріння (ІМТ ≥30 кг/м <sup>2</sup> ), абс. (%)	8 (20%)	13 (32,5%)	15 (37,5%)
Паритет ≥2, абс. (%)	14 (35%)	23 (63,9%)	17 (42,5%)
Вагінальні пологи	1,63±0,81	1,75±0,93	1,9±0,44
Постменопауза, абс. (%)	13 (32,5%)	16 (40%)	22 (55%)
Вік менопаузи, роки	51,31±1,88	51,69±4,48	52,63±2,74
Вік появи пролапсу, роки	42,1±3,87	44,6±6,93	44,23±8,5
Позитивна кашльова проба до лікування, абс. (%)	14 (35%)	14 (35%)	17 (42,5%)
Позитивна проба Вальсальви до лікування, абс. (%)	27 (67,5%)	24 (60%)	28 (70%)
Позитивний прокладочний тест до лікування, абс. (%)	12 (30%)	13 (32,5%)	15 (37,5%)
PFDI-20, бали	88,5±29,35	85,03±42,19	92,43±34,7
PISQ, бали	15,5±15,85	18,93±14,61	17,55±10,64

Примітки: у таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) та середні квадратичні відхилення (σ).

Для виявлення наявності нетримання сечі використано бімануальний огляд із проведенням кашльової проби і проби Вальсальве при наповненому сечовому міхурі. У разі отримання негативного результату (відсутність втрати сечі) виконано 2-годинний прокладочний тест із застосуванням стандартних прокладок, які зважувалися до і після періоду спостереження.

Оцінку якості життя пацієнток проведено до та через 6 місяців після оперативного втручання з використанням спеціалізованих опитувальників PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory – Реєстр розладів із боку тазового дна) [3] та PISQ (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire – Опитувальник з оцінки сексуальної функції в жінок із пролапсом тазових органів і нетриманням сечі) [11], а також через 12 місяців після лікування за допомогою опитувальника «Пролапс (тазових органів), дисфункції (тазового дна) та якості життя» (ПД-ЯЖ) [6]. Останній містить питання з чотирма варіантами відповіді, що описують вплив проявів генітального пролапсу на різні аспекти життя. Можливі варіанти відповідей з кожного питання були «не турбує / не впливає / не заважає / ні / ніколи» (0 балів), «мало / трохи / іноді» (1 бал), «помірно / часто» (2 бали), «значно / дуже сильно / постійно» (3 бали). Таким чином, шкала оцінки за кожним пунктом ПД-ЯЖ коливається від 0 до 3 балів.

Усі залучені до дослідження пацієнтки заповнювали зазначені опитувальники власноруч.

Показаннями до оперативного лікування з приводу лейоміоми матки були: тяжкі та пролонговані менструальні кровотечі, виражений

больовий синдром і/або порушення функції суміжних органів.

Статистичну обробку отриманих даних проведено із застосуванням пакету статистичної обробки інформації «SPSS 21» (©SPSS Inc.) з дотриманням рекомендацій для медичних і біологічних досліджень. Перевірку нормальності розподілу отриманих даних виконано з використанням критерію Шапіро–Вілка. Дані наведено у вигляді  $M \pm \sigma$  (середнє значення  $\pm$  середнє квадратичне відхилення). Для оцінювання відмінностей середніх у незв'язаних вибірках застосовано критерій Манна–Уїтні.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Жінки аналізованих груп були порівнянними за віком, антропометричними даними, віком появи генітального пролапсу, оцінками якості життя до лікування (опитувальники PFDI-20 та PISQ), а також частотою виявлення клінічних проявів нетримання сечі як однієї з найголовніших скарг, що порушують якість життя цієї категорії пацієнток на момент рандомізації (табл. 1).

За отриманими даними, у групі контролю через 6 місяців після хірургічного лікування зміни в оцінках за PFDI-20 та PISQ були незначущими ( $p > 0,05$ ). Натомість встановлено достовірне зменшення кількості балів за даними опитувальника PFDI-20 у II групі з 85,03±42,19 бала до 45,39±27,02 бала, у III групі – з 92,43±34,7 бала до 49,78±17,24 бала ( $p < 0,001$ ). Враховуючи зворотний тип запитань, останнє свідчить про поліпшення якості життя пацієнток, яким одно-моментно з ампутацією або екстирпацією матки проведено корекцію генітального пролапсу.

Таблиця 2

## Відмінності досліджуваних груп за динамікою зміни якості життя (опитувальники PFDI-20 та PISQ) після хірургічного лікування

Оцінка якості життя		I група (n=40)	II група (n=40)	III група (n=40)
		M±σ	M±σ	M±σ
PFDI-20	до лікування	88,5±29,35	85,03±42,19	92,43±34,7
	через 6 місяців	82,75±25,6	45,39±27,02*#	49,78±17,24*#
PISQ	до лікування	15,5±15,85	18,93±14,61	17,55±10,64
	через 6 місяців	17,5±17,62	24,85±12,19*#	24,3±13,92*#

Примітки: у таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); \* — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками до операції p<0,05; # — рівень значущості відмінностей показників порівняно з контрольною групою p<0,05.

Таблиця 3

## Відмінності досліджуваних груп за суб'єктивними оцінками якості життя (опитувальник ПД-ЯЖ) після проведення хірургічного лікування, бали

Оцінка якості життя	I група (n=40)	II група (n=40)	III група (n=40)
	M±σ	M±σ	M±σ
Загальний стан здоров'я	1,43±0,96	1,33±0,86	1,48±0,99
Вплив проявів генітального пролапсу на якість життя	1,55±0,6	1,18±0,81*	1,03±0,86*
Рольові обмеження	1,45±0,6	1,63±1,05	1,58±1,03
Фізичні та соціальні обмеження	1,85±0,83	1,03±0,36*	1,3±0,76*
Міжособистісні взаємини	1,92±1,0	1,35±0,86*	1,28±0,78*
Емоційні проблеми	1,83±0,81	1,38±0,67*	1,33±0,73*
Порушення сну	0,7±0,65	0,55±0,5	0,65±0,62

Примітки: у таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); \* — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками до операції p<0,05.

При порівнянні середніх оцінок індексу сексуальної функції за даними опитувальника PISQ до та через 6 місяців після операції відзначено достовірне збільшення цього показника в жінок II групи з 18,93±14,61 бала до 24,85±12,19 бала; III групи — з 17,55±10,64 бала до 24,3±13,92 бала (p=0,01) (табл. 2).

За даними таблиці 2, під час порівняння показників якості життя жінок II та III груп через 6 місяців після операції не виявлено відмінностей середніх значень оцінок за PFDI-20 та PISQ. Проте порівняльний аналіз результатів анкетування за допомогою цих опитувальників у жінок II та III груп з аналогічними показниками I (контрольної) групи, отриманих під час обстежень через 6 місяців після операції, довів наявність достовірної різниці в середніх значеннях аналізованих показників (p<0,05), що акцентує увагу на достовірні відмінності в якості життя жінок, яким виконано корекцію генітального пролапсу в сполученні з ампутацією/екстирпацією матки до лікування та порівняно з жінками, яким виконано тільки гістеректомію.

Аналізуючи через 12 місяців від початку лікування результати анкетування за допомогою опитувальника ПД-ЯЖ, встановлено достовірні відмінності в середніх оцінках впливу проявів генітального пролапсу на якість життя, фізичних і соціальних обмежень, міжособистісних взаємин та емоційних проблем у жінок, яким проведено корекцію пролапсу тазових ор-

ганів у поєднанні з ампутацією/екстирпацією матки, порівняно з пацієнтками, яким виконано тільки гістеректомію (p<0,05), тоді як під час порівняння цих показників між II та III групами значущих відмінностей не виявлено (табл. 3).

Захворюваність на лейоміому матки продовжує залишатися стабільно високою, і не спостерігається тенденції до зниження. Основним варіантом лікування цієї патології є оперативний [1]. У понад 20% випадків лейоміома поєднується з пролапсом геніталій та ймовірно виступає фактором ризику останнього [16].

Радикальний хірургічний метод лікування — гістеректомія — позбавляє пацієнток одразу всіх клінічних проявів лейоміоми, які впливають на якість життя: біль, відчуття тяжкості та дискомфорту в ділянці таза, менструальні кровотечі, дизуричні явища, порушення функції суміжних органів, диспареунія [8]. Але якість жінок, у яких лейоміома поєднується з генітальним пролапсом, залишається низькою після оперативного втручання через асоційовані з пролапсом порушення функції прямої кишки та/або сечового міхура, а також сексуальну дисфункцію. Так, за результатами низки досліджень, пролапс тазових органів призводить до фізичних, соціальних, психологічних, сімейних і сексуальних обмежень [2,12].

Наразі не розроблено диференційованого підходу до вибору методики хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із



лейоміомою матки. Водночас дані досліджень показують поліпшення якості життя жінок після гістеректомії в поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластиком, фіксацією купола піхви до крижовоостистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) [7]. Також існують численні повідомлення про ефективність використання сітчастих імплантів для оптимізації результатів корекції генітального пролапсу зі збільшенням якості життя пацієнток після операції та відновленням сексуальної активності [5,15]. Дані літератури співвідносяться з проаналізованими нами результатами післяопераційного спостереження та анкетування пацієнток після оперативного лікування генітального пролапсу в поєднанні з лейоміомою матки, якість життя яких поліпшилася після хірургічного втручання, але лише за умови корекції генітального пролапсу ці зміни були достовірними ( $p < 0,05$ ). За результатами проведеного дослідження, обидві використані нами методики корекції пролапсу тазового дна з використанням сітчастих імплантів — і пектопексія, і латеральна фіксація — сприяли достовірному зменшенню кількості балів за даними опитувальника PFDI-20, що, враховуючи зворотний тип запитань, свідчить про поліпшення якості життя пацієнток, яким одночасно з ампутацією або екстирпацією матки проведено корекцію генітального пролапсу. Індекс сексуальної функції в жінок, яким одночасно з гістеректомією проведено корекцію генітального пролапсу, за результатами опитувальника PISQ, також показав достовірне збільшення: з  $18,93 \pm 14,61$  бала до  $24,85 \pm 12,19$  бала — у групі II (пектопексії); з  $17,55 \pm 10,64$  бала до  $24,3 \pm 13,92$  бала в групі III (латеральної фіксації) ( $p = 0,01$ ). Результати анкетування із застосуванням опитувальника ПД-ЯЖ через 12 місяців після операції свідчать про достовірне зменшення впливу проявів генітального пролапсу на якість життя, фізичних і соціальних обмежень, міжособистісних взаємин та емоційних проблем у жінок, яким проведено корекцію пролапсу тазових органів у поєднанні

з гістеректомією, порівняно з пацієнтками контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Таким чином, істотне поліпшення якості життя наших пацієнток після хірургічного лікування дає змогу зробити висновок про ефективність і доцільність виконання гістеректомії в поєднанні з корекцією генітального пролапсу із використанням сітчастих імплантів методом пектопексії або латеральної фіксації.

### Висновки

Встановлено, що виконання корекції генітального пролапсу одночасно з гістеректомією дає змогу достовірно знизити прояви та симптоми пролапсу тазових органів, що підтверджується достовірним зниженням середньої кількості балів із  $85,03 \pm 42,19$  бала до  $45,39 \pm 27,02$  бала в групі пектопексії та з  $92,43 \pm 34,7$  бала до  $49,78 \pm 17,24$  бала в групі латеральної фіксації, за даними опитувальника PFDI-20 ( $p < 0,001$ ).

Індекс сексуальної функції в жінок, яким одночасно з гістеректомією проведено корекцію генітального пролапсу, за результатами опитувальника PISQ, показав достовірне збільшення: з  $18,93 \pm 14,61$  бала до  $24,85 \pm 12,19$  бала — у групі пектопексії; з  $17,55 \pm 10,64$  бала до  $24,3 \pm 13,92$  бала — у групі латеральної фіксації ( $p = 0,01$ ).

Результати анкетування із застосуванням опитувальника ПД-ЯЖ свідчать про достовірне зменшення впливу проявів генітального пролапсу на якість життя, фізичних і соціальних обмежень, міжособистісних взаємин та емоційних проблем у жінок, яким проведено корекцію пролапсу тазових органів у поєднанні з гістеректомією порівняно з пацієнтками контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Перспективою подальших досліджень є розроблення та впровадження в клінічну практику ефективних критеріїв вибору обсягу хірургічного втручання в пацієнток із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

*References/Literatura*

- Bachmann GA. (1990). Hysterectomy. A critical review. *J Reprod Med.* 35 (9): 839–862.
- Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. (2001). Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 185 (6): 1388–1395.
- Barber MD, Walters MD, Bump RC. (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol.* 193 (1): 103–113.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 175 (1): 10–17.
- Chen J, Zhu L, Lang JH, Shi HH, Lou WJ, Sun ZJ et al. (2012). Prospective study on total pelvic reconstruction surgery with Prosima in the treatment of pelvic organ prolapse stage III. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 47 (9): 664–668.
- Korshunov MY, Sazykina EI. (2008). Oprosnik PD-KZH — validirovannyj sposob ocenki simptomov disfunkcij tazovogo dna i kachestva zhizni u pacientok s prolapsom tazovyh organov. *ZHurnal akusherstva i zhenskih boleznej.* 7 (3): 86–93. [Коршунов МЮ, Сазыкина ЕИ. (2008). Опросник ПД-КЖ — валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов. *Журнал акушерства и женских болезней.* 7 (3): 86–93].
- Kuzemensky ML, Gladenko SE. (2015). Tactics of operative treatment complex pathologies of uterus without and with genital prolapse. *Health of woman.* 4 (100): 78–79. [Кузьменська МЛ, Гладенко СЕ. (2015). Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки без та з генітальним пролапсом. *Здоров'я жінки.* 4 (100): 78–79].
- Lytvynenko OV, Gromova AM, Sakevich RP. (2013). Ocinka yakosti zhittya u zhinok z lejomiomoyu matki pislya embolizacii matkovih arterij za dopomogoyu opital'nikiv SF-36 ta UFS-QOL. *Tavrisheskij mediko-biologicheskij vestnik.* 16 (2): 62–65. [Литвиненко ОВ, Громова АМ, Сакевич РП. (2013). Оцінка якості життя у жінок з лейоміомою матки після емболізації маткових артерій за допомогою опитальників SF-36 та UFS-QOL. *Таврический медико-биологический вестник.* 16 (2): 62–65].
- Milsom I, Gyhagen M. (2019). Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 54: 41–48.
- Reynolds S, Gold KP, Ni S, Kaufman MR, Dmochowski RR, Penson DF. (2013). Immediate effects of the initial FDA notification on the use of surgical mesh for pelvic organ prolapse surgery in medicare beneficiaries. *Neurourol Urodyn.* 32 (4): 330–335.
- Rogers RG, Kammerer–Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barber M et al. (2004). Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 191 (1): 206–210.
- Samuelsson EU, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. (1999). Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 180 (2 Pt 1): 299–305.
- Schwartz SM. (2001). Epidemiology of uterine leiomyomata. *Clin Obstet Gynecol.* 44 (2): 316–326.
- Tatarchuk TF, Kosey NV. (2012). Sovremennyye principy lecheniya lejomiomy matki. *Zdorov'ya Ukraini : med. gazeta.* 4 (Ginekologiya. Akusherstvo. Reprodukologiya): 10–13. [Татарчук ТФ, Косей ДМ. (2012). Современные принципы лечения лейомиомы матки. *Здоров'я України: мед. газета.* 4 (Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія): 10–13].
- Zalewski M, Kołodyńska G, Mucha A, Betza Ł, Nowak K, Andrzejewski W. (2020). The assessment of quality of life and satisfaction with life of patients before and after surgery of an isolated apical defect using synthetic materials. *BMC Urol.* 20: 104.
- Zhelezov DM. (2021). Osoblivosti MRT-vizualizacii miom matki na peredoperacijnomu etapi. *Visnik medichnih i biologichnih doslidzhen'.* 1 (7): 62–65. [Железов ДМ. (2021). Особливості МРТ-візуалізації міом матки на передопераційному етапі. *Вісник медичних і біологічних досліджень.* 1 (7): 62–65].
- 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 жінки.* 3 (129): 31–33].

**Відомості про авторів:**

**Баришнікова Оксана Павлівна** — аспірант каф. акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 205-4946. <https://orcid.org/0000-0002-6011-067X>.

**Чайка Кирило Володимирович** — д.мед.н., проф. каф. акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 205-49-46. <https://orcid.org/0000-0003-3518-1780>.

**Титаренко Наталія Василівна** — к.мед.н., доц. каф. анестезіології, реаніматології та медицини невідкладних станів Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0192-1613>.

**Вознюк Андрій Вікторович** — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0014-4904>.

**Рудь Віктор Олексійович** — д.мед.н., проф. каф. акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0002-0768-6477>.

Стаття надійшла до редакції 07.07.2023 р.; прийнята до друку 10.09.2023 р.