

Zaburzenia statyki narządu rodnoego u kobiet powyżej 60. roku życia – rola w postępowaniu terapeutycznym lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz geriatry

Pelvic organ prolapse (POP) in women over 60 years of age – the role of the primary care physician and geriatrician in the therapeutic procedure

Katarzyna Milewska-Plis , Kamil Kania , Martyna Biadasiewicz

Studenckie Koło Naukowe, Oddział Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Zaburzenia statyki narządu rodnoego (POP) są częstym problemem zdrowotnym w populacji kobiet, a częstość występowania znacząco wzrasta po 60. roku życia. Bezpośrednią przyczyną zaburzeń jest osłabienie tkanek i struktur dna miednicy. Objawy obejmują nietrzymanie moczu, parcia nagłce oraz wypadanie narządów miednicy mniejszej poniżej pierścienia pochwy. Główne czynniki ryzyka zaburzeń to: menopauza, liczba porodów, współistniejąca otyłość oraz choroby przewlekłe. Diagnostyka polega na przeprowadzeniu szczegółowego badania fizykalnego, wraz z wypełnieniem kwestionariuszy jakości życia przez pacjentkę, oraz uzupełniającymi badaniami obrazowymi. Leczenie obejmuje: ćwiczenia fizyczne mające na celu wzmocnienie mięśni dna miednicy, pessaroterapię oraz zabiegi chirurgiczne. Kluczową rolę w prewencji i rozpoznaniu odgrywają lekarze POZ, a także geriatrzy, na co dzień sprawujący opiekę nad pacjentkami w podeszłym wieku. Ze względu na fakt, iż liczba starszych kobiet w społeczeństwie systematycznie wzrasta, konieczne jest zwiększenie świadomości problemu zaburzeń statyki narządu rodnoego i optymalizacja opieki nad pacjentkami z POP, celem poprawy jakości życia. *Geriatra 2025;19:121-127. doi: 10.53139/G.20251912*

Słowa kluczowe: obniżenie narządu rodnoego, kobiety w wieku podeszłym, jakość życia

Abstract

Pelvic organ prolapse (POP) is a common clinical problem in the female population, and increases significantly after the age of 60. The direct cause is the weakening of the tissues of the pelvic floor. Symptoms include: urinary incontinence, urgency and pelvic organ prolapse below the vagina. The main risk factors are: menopause, parity, coexisting obesity and chronic diseases. Diagnosis involves: physical examination, along with the completion of quality of life questionnaires by the patient, including complementary imaging tests. Treatment includes physical exercises to strengthen the pelvic floor muscles, pessary therapy, and surgical procedures. Primary care physicians and geriatricians, who provide daily care for elderly patients, play a key role in prevention and first-step diagnosis. Due to the fact that number of elderly women is systematically increasing, it is necessary to increase awareness of the problem and optimize care for patients with POP, in order to improve the quality of life. *Geriatra 2025;19:121-127. doi: 10.53139/G.20251912*

Keywords: pelvic organ prolapse, elderly patients, quality of life

Wprowadzenie

W 2024 roku, według raportu Głównego Urzędu Statystycznego kobiety po 60. roku życia stanowiły 26-28 % populacji kobiet w Polsce, co stanowiło 16-18%

populacji ogólnej. Ponadto od 2013 roku obserwuje się systematyczny wzrost odsetka osób w starszym wieku[1]. Zaburzenia statyki narządu rodnoego (*pelvic organ prolapse, POP*), oraz towarzyszące im zaburzenia czynnościowe są istotnym problemem zdrowotnym w populacji

kobiet, zwłaszcza powyżej 60. roku życia, szczególnie gdy wiążą się z obecnością złożonych zespołów geriatrycznych [2]. Etiologia jest wieloczynnikowa, aczkolwiek zaburzenia te są konsekwencją przede wszystkim osłabienia struktur podtrzymujących narządy miednicy, dysfunkcji mięśni przepony miednicy, często z towarzyszącymi nieprawidłowościami unerwienia tychże struktur. W przypadku zaburzeń statyki, jeden lub więcej narządów miednicy (pęcherz moczowy, macica, jelito cienkie i/lub odbytnica) obniża się do kanału pochwy, co prowadzi do zmiany lokalnej anatomii topograficznej, implikując zmiany funkcjonalne [3,4]. Istota problemu klinicznego w postaci zaburzeń statyki narządu rodowego nabiera szczególnej wagi, zwłaszcza w kontekście populacji geriatrycznej, gdzie współistnieje wiele, często nakładających się chorób, mogących wikłać wzajemny przebieg i utrudniać leczenie. Częstymi, towarzyszącymi problemami klinicznymi są różnorodne dysfunkcje dróg moczowych, zwłaszcza w postaci nietrzymania moczu, parcia naglącego, zaburzenia przepływu moczu, czy nawracające infekcje dróg moczowych [5,6]. Celem niniejszego artykułu jest omówienie problemu zaburzeń statyki narządu rodowego u kobiet powyżej 60. roku życia, w zakresie: epidemiologii, etiopatogenezy, klasyfikacji, postępowania klinicznego, oraz wpływu POP na jakość życia kobiet starszych, zwłaszcza w kontekście współistniejącej wielochorobowości.

Epidemiologia

Spektrum zaburzeń statyki narządu miednicy mniejszej stanowi istotny problem epidemiologiczny w populacji kobiet wielu krajów. Dane epidemiologiczne są nieliczne, a trudności w szczegółowym oszacowaniu częstości wynikają z faktu, iż zostały stworzone różne skale do oceny stopnia obniżenia i wypadania narządu rodowego. Częstość występowania w poszczególnych krajach jest zróżnicowana, a zmienność ta wynika z różnorodności warunków i stylu życia w danym środowisku [7]. Powszechność problemu zaburzeń statyki narządu rodowego została zauważona w krajach wysoko rozwiniętych, natomiast można spodziewać się, iż skala występowania w krajach rozwijających się będzie większa, ze względu na różnice w statusie społecznym kobiet, które szybciej zachodzą w ciążę i rodzą większą ilość dzieci drogami natury, oraz wykonywanie ciężkiej, fizycznej pracy [8]. Opublikowane dotąd artykuły naukowe wskazują, iż badania epidemiologiczne opierały się na niestandardyzowanych kryteriach, tj. badaniu fizykalnym wg różnych protokołów diagnostycznych: wg Women's Health Initiative (WHI, Inicjatywa Zdrowia

Kobiet), systemu Baden-Walkera oraz systemu Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q, Systemu Kwantyfikacji Wypadania Narządów Miednicy), a także kwestionariuszu samooceny nasilenia objawów wśród badanej populacji [9]. W badaniach ankietowych od 3-25% respondentek wskazało, iż cierpi z powodu objawów POP, natomiast po przeprowadzeniu badania fizykalnego liczba ta wzrosła do 75% [10]. Oszacowano, że na przestrzeni trwania życia kobiety, ryzyko konieczności leczenia operacyjnego nietrzymania moczu, bądź wypadania narządu rodowego wynosi ok. 11% [11]. Zakłada się, iż w przyszłości, na przestrzeni kilkudziesięciu lat, liczba kobiet, u których konieczna będzie interwencja chirurgiczna z ww. powodów ulegnie podwojeniu, co podkreśla skalę problemu. Za wzrostem częstości występowania zaburzeń przemawia również wzrost trendów demograficznych-starzenia się społeczeństw rozwiniętych [12].

Etiopatogeneza

Etiopatogeneza POP jest wieloczynnikowa. Bezpośrednią przyczyną zaburzenia jest wzrost ciśnienia wywieranego przez narządy (pęcherz moczowy, macica, jelita), na tkanki miękkie dna miednicy, przede wszystkim aparat więzadłowy oraz mięśnie. W następstwie dochodzi do osłabienia i spadku wytrzymałości biomechanicznej tkanek. Powyższe zaburzenia są spowodowane:

- 1) **Zmianami inwolucyjnymi związanymi z wiekiem i menopauzą.** W wyniku przekwitania dochodzi do zmian hormonalnych, zwłaszcza spadku stężenia estrogenów, co prowadzi do osłabienia tkanki łącznej i mięśni miednicy [13]. Na skutek spadku poziomu estrogenów dochodzi do obniżenia stymulacji fibroblastów, produkujących kolagen typu I-go oraz III-go, co bezpośrednio przekłada się na spadek wytrzymałości na rozciąganie więzadeł oraz mięśni. Ponadto dochodzi do zmian degeneracyjnych elastyny, upośledzona jest regeneracja włókien, zatem spada elastyczność tkanek. Estrogeny odgrywają ważną rolę w procesie angiogenezy, a ich niedobór przyczynia się do upośledzenia mikrokrażenia w obrębie struktur dna miednicy, co przekłada się na atrofię tkanek. Ponadto, starzenie jest związane z ogólnym osłabieniem mięśni szkieletowych i sakropenią, w tym mięśni dna miednicy, co zwiększa ryzyko wystąpienia POP [14,15].
- 2) **Ilością przebytych porodów drogami natury.** Wraz ze wzrostem liczby porodów, zaobserwowano wzrost odsetka uszkodzeń mechanicznych struktur dna

miednicy, co stanowi silny czynnik rozwoju ryzyka zaburzeń [14]. Przebytych urazach okołoporodowym krocza, towarzyszą zmiany elastyczności i sprężystości tkanek związane ze starzeniem się, co dodatkowo zwiększa ryzyko POP.

- 3) **Osobniczymi uwarunkowaniami genetycznymi.** Dziedziczne zaburzenia budowy tkanki łącznej zwiększa podatność na POP [13]. W populacjach, w których występuje większa częstość mutacji w genach odpowiedzialnych za syntezę kolagenu, ryzyko jest wyższe.
- 4) **Nadwagą i otyłością związanymi z zespołem metabolicznym.** Wraz ze wzrostem ciśnienia w jamie brzusznej oraz miednicy mniejszej, powstałego na skutek nadmiaru tkanki tłuszczowej, zwiększa się ryzyko progresji zaburzeń statyki [16]. Czynna hormonalnie tkanka tłuszczowa produkuje cytokiny prozapalne, takie jak TNF- α i IL-6, które zwiększają degradację kolagenu i elastyny [17]. Również zjawisko otyłości sarkopenicznej, w wyniku której dochodzi do utraty masy mięśniowej, wraz z równoczesnym przerostem tkanki tłuszczowej, wpływa negatywnie na funkcjonowanie struktur dna miednicy [18]. Ponadto, w grupie pacjentek otyłych zredukowana aktywność fizyczna dodatkowo przyczynia się do osłabienia mięśni szkieletowych oraz łącznotkankowych powięzi.
- 5) **Negatywnym wpływem starzenia organizmu na układ nerwowo-mięśniowy.** Zmiany inwolucyjne spowodowane starzeniem się oraz nieefektywną

regeneracją prowadzą do degeneracji nerwów obwodowych kontrolujących mięśnie dna miednicy oraz do zmniejszenia liczby jednostek motorycznych, co skutkuje osłabieniem ich siły i koordynacji [19].

- 6) **Innymi współistniejącymi chorobami.** Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko rozwoju chorób cywilizacyjnych, tj. cukrzyca. Długotrwałej, nieprawidłowo kontrolowanej glikemii towarzyszą liczne zmiany o charakterze polineuropatii nerwów obwodowych, również w obrębie mięśni dna miednicy. Ponadto zauważono, że u pacjentek z cukrzycą ryzyko nawrotu POP jest wyższe, szczególnie w przypadku osłabienia przedniej ściany pochwy [20].

Klasyfikacja Zaburzeń Statyki Narządu Rodnego

Na przestrzeni lat dokonano licznych prób klasyfikacji zaburzeń statyki narządu rodniego. Dotychczas najczęściej wykorzystywana w badaniach naukowych jest skala **Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)**. System klasyfikacji POP-Q pozwala na precyzyjne określenie stopnia zaburzenia. Warto podkreślić, iż choć klasyfikacja POP-Q jest najbardziej popularna, inne systemy, takie jak klasyfikacja Baden-Walkera, są wykorzystywane w mniej skomplikowanych badaniach klinicznych, a także w codziennej praktyce klinicznej. Natomiast nie jest możliwe uzyskanie takiego stopnia szczegółowości i porównywalności wyników, jak w przypadku POP-Q [15]. W kontekście klinicznym warto zaznaczyć, że liczne badania wykazały, że wraz

Tabela I. Stopień obniżenia narządu rodniego a objawy podmiotowe

Table I. Degree of pelvic organ prolapse (pop) and clinical symptoms

Stopień obniżenia narządu rodniego	Opis słowny wg Skali POP-Q	Opis słowny wg Skali Baden-Walker	Objawy kliniczne
0	Nie stwierdza się obniżania narządu rodniego. Prawidłowa anatomia		Brak
I	Obniżenie narządu <1 cm powyżej pierścienia błony dziewiczej (ujścia pochwy).	Obniżenie do połowy długości pochwy.	Minimalne objawy lub brak dolegliwości
II	Obniżenie do poziomu pierścienia błony dziewiczej.	Obniżenie do strzępków błony dziewiczej.	Prawdopodobne objawy, tj. uczucie pełności w pochwie lub lekki dyskomfort.
III	Obniżenie poniżej pierścienia błony dziewiczej, ale niecałkowity wypad narządu.	Obniżenie od połowy długości pochwy poniżej poziomu strzępków błony dziewiczej.	Częste objawy, tj. nietrzymanie moczu i trudności z oddawaniem moczu lub stolca.
IV	Pełny wypad narządu poza obręb pochwy (Prolapsus totalis).	Maksymalne możliwe obniżenie.	Pewne objawy o dużym nasileniu. Może powodować silny dyskomfort, ból oraz znaczące ograniczenie aktywności codziennej.

z wiekiem pacjentek wzrasta odsetek zaawansowanych zaburzeń statyki narządu rodnego (III. i IV. stopnia) [21]. Tabela I, stworzona na podstawie dwóch najczęściej stosowanych w ocenie statyki narządu rodnego skal, przedstawia zestawienie stopnia obniżenia narządu rodnego wraz z opisem słownym, oraz spodziewanymi objawami.

Postępowanie kliniczne

Diagnostyka

Diagnostyka obejmuje szczegółowy wywiad, badanie fizykalne oraz badania obrazowe, takie jak ultrasonografia i rezonans magnetyczny. Skale jakości życia, takie jak *P-QOL (Prolapse Quality of Life)*, są pomocne w ocenie wpływu POP na codzienne funkcjonowanie pacjentek z zaburzeniami statyki [22].

Rola specjalisty medycyny rodzinnej oraz geriatrii

Niestety, kobiety w okresie pomenopauzalnym często zaniedbują regularne kontrole ginekologiczne, zatem podstawowym ogniwem procesu diagnostycznego są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a także specjaliści geriatrii. W związku z rozpowszechnieniem problemu, a także niedoszacowaniem jego skali wśród pacjentek bezobjawowych, znajomość czynników ryzyka oraz następnych konsekwencji zdrowotnych są niezwykle istotne w codziennej pracy lekarzy wymienionych wyżej specjalności. Dzięki wzrastającemu poziomowi świadomości istnienia problemu POP wśród lekarzy, którzy na co dzień sprawują opiekę zdrowotną nad pacjentkami powyżej 60. roku życia, możliwa będzie optymalizacja procesu diagnostycznego, poprzez przekazanie opieki specjalistom ginekologii oraz urologii. W konsekwencji zoptymalizowanie ścieżki diagnostycznej pozwoli usprawnić proces leczniczy, a także zminimalizuje ryzyko nawrotu zaburzeń.

Kompetencje lekarza rodzinnego

- Jako pierwsze ogniwo łańcucha terapeutycznego rozpoznaje zgłaszane przez pacjentki objawy związane z POP, takie jak nietrzymanie moczu, uczucie ciężkości w obrębie miednicy czy dyskomfort podczas aktywności fizycznej, również seksualnej.
- Przeprowadzenie podstawowej oceny stanu klinicznego oraz skierowanie pacjentki na dalsze badania diagnostyczne i/lub do specjalisty (fizjoterapeuta uroginekologicznego, ginekologa).
- Edukacja pacjentek (również w wieku rozrodczym) w zakresie pierwotnej i wtórnej profilaktyki zaburzeń statyki narządu rodnego, takich jak ćwiczenia mięśni dna miednicy, redukcja masy ciała i unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów [23].

Kompetencje geriatrii

- Rozpoznawanie problemu zaburzeń statyki narządu rodnego, z następczym skierowaniem pacjentki do specjalisty zajmującego się leczeniem powyższych zaburzeń.
- Zastosowanie kompleksowego podejścia do pacjentek z wielochorobowością, uwzględniając wpływ chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie czy otyłość, na rozwój i przebieg POP, poprzez właściwą kontrolę chorób towarzyszących.
- Koordynowanie opieki interdyscyplinarnej, łącząc działania lekarzy rodzinnych, ginekologów, fizjoterapeutów i psychologów.
- Uwzględnienie aspektów związanych z jakością życia pacjentek, takich jak mobilność, samodzielność oraz wsparcie społeczne, co jest kluczowe w maksymalizacji efektów terapeutycznych w leczeniu POP [24].

Aby wzmocnić kompetencje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz geriatrii w procesie diagnostycznym, poniżej przedstawiono najczęstsze objawy

Tabela II. Objawy zaburzeń statyki narządu rodnego a lokalizacja narządowa

Table II. Symptoms of pelvic organ prolapse and organ-specific localization

Lokalizacja objawów	Zaburzenie lokalnych stosunków anatomicznych	Dolny odcinek układu moczowego	Okolica kolorektalna
	Uczucie pełności oraz ucisku w podbrzuszu	Częste parcie (w tym parcie naglące) na mocz wraz z nietrzymaniem moczu	Zaburzenia oddawania stolca (zaparcia)
	Wypadanie pochwy	Poczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego	Bezwiedne gubienie gazów/stolca
	Bóle miednicy mniejszej	Wydłużony czas mikcji oraz zaburzony wypyływ strumienia moczu	Konieczność „wypychania” stolca za pomocą ucisku przez pochwę (splinting)
	Nawracające infekcje intymne z towarzyszącymi upławami	Pomikcyjna, niekontrolowana utrata moczu	Ból okolicy odbytu [25]

podmiotowe, na które skarżą się pacjentki z *POP*. W swojej codziennej pracy klinicznej, należy zwrócić na nie szczególną uwagę.

Leczenie

Protokoły postępowania leczniczego w przypadku *POP* nieustannie ewoluują. Metody leczenia obejmują zarówno postępowanie zachowawcze, stosowane w przypadku niezaawansowanych zaburzeń statyki z dyskretnymi objawami (mające na celu zapobieganie eskalacji zaburzeń, bądź tymczasową poprawę jakości życia u pacjentek oczekujących na zabieg chirurgiczny), jak i leczenie operacyjne (mające na celu przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych i wycofanie się objawów). Poniżej zamieszczono przykładowe, najczęściej stosowane metody leczenia *POP*, natomiast nie stanowią one wszystkich możliwości, które wykraczają poza tematykę artykułu.

Postępowanie zachowawcze

- Ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT), które zmniejszają nasilenie objawów i poprawiają jakość życia [19].
- Pessaroterapia, stosowana szczególnie u starszych pacjentek z przeciwwskazaniami do operacji [26].

Leczenie operacyjne

- Rekonstrukcyjne techniki chirurgiczne, takie jak naprawa przednia i tylna pochwy.
- Metody obliteracyjne, np. kolpokleiza, stosowane u pacjentek niewymagających funkcji seksualnej [27].

Należy podkreślić, że wybór i zastosowanie wymienionych wyżej metod leczenia w konkretnej sytuacji klinicznej jest domeną specjalistów z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej czy specjalisty ginekologii, natomiast obowiązkiem lekarza podstawowej opieki medycznej, lub geriatry jest przedstawienie potencjalnych korzyści płynących z podjętych metod terapii i zachęcenie danej pacjentki do kontynuacji postępowania terapeutycznego u ww. specjalistów.

Wpływ na jakość życia i wielochorobowość

Należy pamiętać, iż pacjentki należące do populacji geriatrycznej borykają się z występowaniem wielu chorób, zwłaszcza tych, których częstość koreluje wraz z wiekiem. Niewątpliwym jest, iż *POP* istotnie obniża jakość życia, szczególnie, gdy współistnieje z chorobami

cywilizacyjnymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie czy choroby sercowo-naczyniowe. U pacjentek w wieku podeszłym, cierpiących z powodu *POP* stwierdzono ograniczenia aktywności fizycznej, trudności w funkcjonowaniu społecznym i obniżenie samopoczucia psychicznego [28]. W badaniu ankietowym przeprowadzonym przez Gonz'alez-Timoneda i wsp. ponad 40% pacjentek przyznało, iż cierpi na nietrzymanie moczu. Z kolei 38% ankietowanych skarżyło się na powyższe objawy w trakcie kichania, kaszlu lub śmiechu [29]. Ponadto w powyższym badaniu w pacjentki zgłaszały ból w trakcie odbywania stosunków seksualnych, nietrzymanie moczu i stolca (często współistniejące), a także ból w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz miednicy mniejszej i krocza.

Dzięki zastosowaniu różnorodnych i skutecznych metod leczenia *POP*, w tym chirurgicznych, zaobserwowano poprawę jakości życia leczonych pacjentek w następujących aspektach: redukcji bólu oraz poprawy aktywności i satysfakcji seksualnej [30,31].

Aspekt psychologiczny i społeczny

Pacjentki zmagające się na co dzień z *POP* często doświadczają poczucia wstydu, izolacji społecznej i obniżonego poczucia własnej wartości. Problemy te mogą prowadzić do depresji i zaburzeń lękowych. Często też współistnieją z zaburzeniami psychicznymi, wpływając negatywnie na ich przebieg. W badaniach wykazano, że wsparcie psychologiczne, w tym terapia behawioralna, może znacząco poprawić stan emocjonalny pacjentek [31].

Aspekt społeczny obejmuje trudności w utrzymaniu relacji interpersonalnych i ograniczenie aktywności społecznych. Kobiety z zaawansowanymi objawami *POP* często rezygnują z uczestnictwa w wydarzeniach towarzyskich z powodu obaw związanych z nietrzymaniem moczu lub wypadaniem narządów. Brak możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentek, niewątpliwie wiąże się z obniżeniem jakości życia [32].

Podsumowanie

Zaburzenia statyki narządu rodowego u kobiet powyżej 60. roku życia są poważnym problemem zdrowotnym, wymagającym interdyscyplinarnego, holistycznego podejścia specjalistów wielu dziedzin medycyny, a także pozostałego personelu medycznego. Znajomość spektrum czynników ryzyka, oraz świadomość powszechności występowania zaburzeń *POP* stanowi nieodzowny element zintegrowanego procesu

terapeutycznego omawianej, oraz współistniejących jednostek chorobowych. Szczególną rolę w profilaktyce pierwotnej oraz wtórnej, a także diagnostyce pełnią lekarze rodzinni oraz geriatrzy, ze względu na powszechność zaburzeń *POP* wśród starszych kobiet. Wdrożenie odpowiedniego leczenia, zarówno zachowawczego, jak i operacyjnego, pozwala znacząco poprawić jakość życia pacjentek, a także zapobiega nawrotom zaburzeń. Skuteczne leczenie zaburzeń *POP*, wpływa na korzystniejsze rokowanie w przebiegu chorób współtowarzyszących [33]. Ponadto pozwala ograniczyć dodatkowe interwencje terapeutyczne, wymagane w przebiegu powikłań *POP* [34]. W artykule opublikowanym przez Royal College of Obstetricians and Gynecologists wykazano, że pacjentki borykają się ze znaczącymi przeszkodami w uzyskaniu profesjonalnej opieki medycznej, wynikającymi z braku wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia zaburzeń statyki narządu rodowego. Problemy te wynikają przede wszystkim z zaniedbań edukacyjnych oraz braku dostępu do powszechnych informacji w dziedzinie zdrowia [35]. Mając na uwadze powyższe, należy przyjąć iż, zanim dokonają się zmiany w świadomości pacjentek, niezbędne jest, aby gremium lekarzy, którzy sprawują opiekę nad ww. pacjentkami

uznało powszechność i istotę problemu, jakim są zaburzenia statyki narządu rodowego, w omawianej grupie. Niepodważalną rolę w tym procesie wiodą lekarze podstawowej opieki zdrowotnej oraz geriatrzy, do których skierowano niniejszy artykuł. Autorzy podkreślają, iż powyższe opracowanie nie wyczerpuje zagadnień związanych z omawianym tematem, ale ma na celu zachęcić i skłonić lekarzy, którzy na co dzień nie zajmują się ginekologią, do dalszego pogłębiania wiedzy, celem optymalizacji procesu terapeutycznego u pacjentek w danej grupie wiekowej.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Katarzyna Milewska-Plis

Studenckie Koło Naukowe, Oddział Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

☎ (+48 32) 359 82 39

✉ s68544@365.sum.edu.pl

Piśmiennictwo/References

1. Główny Urząd Statystyczny: GUS. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2024 r. Stan w dniu 30 czerwca. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2024-r-stand-w-dniu-30-06,6,37.html>. 2024.
2. World Health Organization: WHO. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 2021.
3. Brito LGO, Oliveira LGO, Brito LM, et al. Age and/or postmenopausal status as risk factors for pelvic organ prolapse development: systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2022; 33(1):15-29. doi:10.1007/s00192-021-04953-1.
4. Yu BJ, Kim JH, Park DS, et al. Risk prediction models for stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse (POP) surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health* 2025; 25(1):55. doi:10.1186/s12905-025-03584-8.
5. Yuk JS, Lee JH, Choi SM, et al. The prevalence and treatment pattern of clinically diagnosed pelvic organ prolapse: a Korean National Health Insurance Database-based cross-sectional study 2009-2015. *Sci Rep* 2018; 8(1):1334. doi:10.1038/s41598-018-19692-5.
6. Thompson JF, Roberts CL, Currie MJ, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2):83-94. doi:10.1046/j.1523-536x.2002.00167.x.
7. Ghandour L, Salameh P, Elzein H, Richa S, Karam E. Prevalence and degree of bother of pelvic floor disorder symptoms among women from primary care and specialty clinics in Lebanon: an exploratory study. *Int Urogynecol J* 2017; 28(1):105-18. doi:10.1007/s00192-016-3080-y.
8. Masenga GG, Shayo BC, Rasch V, et al. 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.
9. Brown HW, Bradley CS, Gutman RE, 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):173-187. doi:10.1007/s00192-021-05018-z.
10. Hadizadeh-Talasaz Z, Eftekhari T, Deldar Pasikhani M, et al. Worldwide Prevalence of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health* 2024; 53(3):524-38. doi:10.18502/ijph.v53i3.15134.
11. Rechberger T, Futyma K.: Zaburzenia statyki żeńskich narządów płciowych. W: Bręborowicz G, red. Ginekologia, tom 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2023:45-63.
12. Li P, Wang H, Zhao Y, et al. Global Trends in Prevalence and Future Projections of Pelvic Organ Prolapse: A 30-year Epidemiological Study. *Int Urogynecol J* 2025; doi:10.1007/s00192-025-06049-6.

13. Schulten SFM, Visser WS, Dekker JH, et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227(2):192-208. doi:10.1016/j.ajog.2022.04.046.
14. Mattsson NK, Nieminen K, Jalkanen J, Tolppanen AM, Heinonen PK, Härkki P.: Pelvic organ prolapse surgery and quality of life-a nationwide cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222(6):588.e1-588.e10. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1285.
15. Zenebe CB, Ayele AD, Taye EB, et al. The effect of women's body mass index on pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 2021; 18(1):45. doi:10.1186/s12978-021-01104-z.
16. Fitz FF, Bortolini MAT, Pereira GMV, et al. PEOPLE: Lifestyle and comorbidities as risk factors for pelvic organ prolapse-a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2023; 34(9):2007-2032. doi:10.1007/s00192-023-05569-3.
17. Grosman Y, Kalichman L.: Bidirectional Relationships between Sarcopenia and Pelvic Floor Disorders. *Int J Environ Res Public Health* 2024; 21(7):879. doi:10.3390/ijerph21070879.
18. Ge J, Wang L, Xu X, et al. Pelvic floor muscle training in the treatment of pelvic organ prolapse: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Actas Urol Esp* 2021; 45(1):73-82. doi:10.1016/j.acuro.2020.01.012.
19. Eckhardt S, Keller C, Schweitzer K, et al. The impact of diabetes mellitus on pelvic organ prolapse recurrence after robotic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J* 2023; 34(8):1859-66. doi:10.1007/s00192-023-05455-y.
20. Ghandour R, Shen J, Zerdan MB, et al. Determinants of Healthcare Seeking Patterns in Women With Pelvic Floor Disorders. *Neurourol Urodyn* 2025; doi:10.1002/nau.70004.
21. Svihrova V, Svihra J, Luptak J, Mesko D, Dokus K.: Disability-adjusted life years (DALYs) in general population with pelvic organ prolapse: a study based on the prolapse quality-of-life questionnaire (P-QOL). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;182:22-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.08.024.
22. Raju R, Linder BJ.: Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse. *Mayo Clin Proc* 2021; 96(12):3122-9. doi:10.1016/j.mayocp.2021.09.005.
23. Harvie HS, Koltun WA, Andy UU, et al. Validity of utility measures for women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218(1):119.e1-119.e8. doi:10.1016/j.ajog.2017.09.022.
24. Zumrutbas AE.: Understanding Pelvic Organ Prolapse: A Comprehensive Review of Etiology, Epidemiology, Comorbidities, and Evaluation. *Soc Int Urol J* 2025; 6(1):6. doi:10.3390/siuj6010006.
25. McEvoy K, Moore KH, Cornish B, et al. Pessary management practices for pelvic organ prolapse among Australian health care practitioners: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J* 2023; 34(10):2519-27. doi:10.1007/s00192-023-05540-2.
26. Barber MD, Bremer RE, Cundiff GW, et al. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(7):799-806. doi:10.1007/s00192-006-0240-5.
27. Chan SSC, Cheung RYK, Yiu KW, et al. Symptoms, quality of life, and factors affecting women's treatment decisions regarding pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012; 23(8):1027-33. doi:10.1007/s00192-012-1698-y.
28. González-Timoneda A, Valles-Murcia N, Esteban PM, et al. Prevalence and impact of pelvic floor dysfunctions on quality of life in women 5-10 years after their first vaginal or cesarean delivery. *Heliyon* 2025; 11(3):e42018. doi:10.1016/j.heliyon.2025.e42018.
29. Darvish S, Nazari T, Zare E, et al. Evaluation of the relationship between the severity of pelvic organ prolapse and female sexual function. *Adv Biomed Res* 2024; 13:41. doi:10.4103/abr.abr_371_22.
30. Wihersaari OAE, Karjalainen P, Tolppanen AM, Mattsson N, Nieminen K, Jalkanen J.: Quality of sexual life before and after pelvic organ prolapse surgery. *Urogynecology* 2024; 30(10):838-46. doi:10.1097/SPV.0000000000001568.
31. Peinado Molina RA, López González G, Benítez Martínez G, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with pelvic floor dysfunctions: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2024; 167(2):507-28. doi:10.1002/ijgo.15719.
32. Azadi A, Marchand G, Masoud AT, et al. Complications and objective outcomes of uterine preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse versus procedures removing the uterus: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 267:90-8. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.10.020.
33. Gupta V, Saxena N, Tandon A, Nimonkar S, Chaudhari P.: Outcome of various surgical procedures in management of pelvic organ prolapse. *New Indian J OBGYN* 2024; 11(1):135-7.
34. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Calling for action to reduce number of women living with poor pelvic floor health [Internet]. London: RCOG; 2023. Available from: <https://www.rcog.org.uk>