

# PELVİK ORQAN PROLAPSINDA DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏDƏ OPTİMAL YANAŞMALAR

**Hüseynova Flora Fərəc qızı**

Özəl klinika "Nuranə Tibb Mərkəzi", Cəlilabad, Azərbaycan

**Açar sözlər:** *pelvik orqan prolapsı, risk amilləri, diaqnostika, müalicə növləri*

Pelvik orqan prolapsı (POP) qadınlar arasında geniş yayılmış ginekoloji problemlərdən biridir. Bir çox qadınlarda vaginal qabarıqlıq və təzyiq, sidik ifrazının pozulmasına, defekasiya aktının pozulmasına və həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərən cinsi disfunksiyaya səbəb ola bilər. POP qadınların 50% -də rast gəlinir. ABŞ-da qadınların həyat boyunca POP üçün əməliyyat keçirmə riski 13% təşkil edir. POP simptomlarının ən yüksək tezliyi 70-79 yaş arası qadınlarda olur[1]. Pelvik orqan prolapsı bir və ya bir neçə çanaq orqanının normal vəziyyətindən yerini dəyişdiyi endiyi bir xəstəlikdir. Çanaq orqanlarını dəstəkləyən əzələlərin və ya toxumaların zədələnməsi nəticəsində yaranır. Çanaq orqanlarına uşaqlıq yolu, sidik kisəsi, uretra və düz bağırsağ daxildir. Bu orqanlar çanaq dibinin əzələləri və bağları tərəfindən yerində saxlanılır[1]. Normal çanaq orqanının dəstəyi levator ani əzələləri ilə uşaqlıq və uşaqlıq yolunu çanağın yan divarlarına bağlayan birləşdirici toxumaların qarşılıqlı təsiri ilə təmin edilir. Levator ani əzələləri çanaq döşəməsini bağlı saxlayır və çanaq dibinin enməsinin qarşısını almaq üçün qaldırma və bağlama qüvvələrini təmin edir [2].

DeLancey tərəfindən çanaq orqanlarının dəstəkləyən strukturlar 3 qrupa bölünmüşdür.1-ci qrupa daxildir: kardinal-uterusakral bağlar. 2-ci qrupa daxildir: Puboservikal fassia, rektovaginal fassia, levator ani əzələsi. 3-cü qrupa daxildir: Perineal membran, urogenital diafraqma [3].

POP enmə nahiyəsinə görə alt kateqoriyalara bölünür. Sistosele uşaqlıq yolunun ön divarının deffekti, rektosele və enterosele uşaqlıq yolunun arxa duvarının deffekti, histerosele isə uşaqlığın, uşaqlıq boynunun və ya uşaqlıq yolunun zirvəsinin enməsini, uşaqlıq yolu güdülünü -histerektomiya sonrası enməsini xarakterizə edir. Onlar tək və ya müştərək baş verə bilər. POP etiologiyası multifaktorial olsa da, hamiləlik və vaginal doğuş arasında yüksək korrelyasiya mövcuddur ki, bu da birbaşa çanaq dibinin əzələsi və birləşdirici toxuma zədələnməsinə səbəb ola bilər [4]. Doğuş sayının artmasının prolaps ilə

əlaqəli olduğu müəyyənləşmişdir. Doğuşun ikinci dövrünün uzanması, epizyotomiya, anal sfinkterdə olan zədələnmələr, mamalıq maşaların istifadəsi, doğuşun oksitosinlə stimulyasiya olunması, iri ölçülü dölün doğulması kimi faktorlar prolaps riskini artırır. POP-un rast gəlmə tezliyi yaş artdıqca artır. Artma tezliyi fizioloji yaşlanma və estrogen azlığına bağlı ola bilər. Birləşdirici toxuma xəstəliyi olan qadınlarda POP olma ehtimalı yüksəkdir. Marfan sindromu olan xəstələrdə üçdə birində, Ehler-Danlos sindromu olan xəstələrin dördüdə üçündə POP rast gəlinir [5]. Bundan əlavə, əvvəlki çanaq əməliyyatları və ya ağır yüklərin qaldırılması, piylənmə, xroniki öskürək və qəbizlik kimi davamlı artan intraabdominal təzyiq epizodları ilə əlaqəli şərtlər POP inkişaf riskini artırır. Artıq çəki (bədən kütləsi indeksi [BÇİ]  $\geq 25$ ) və piylənmə (BÇİ  $\geq 30$ ) də POP üçün əsas risk faktorlarıdır. Artıq çəkili və piylənməsi olan qadınlarda normal çəkisi olanlara nisbətən POP riski daha yüksəkdir. 22 müxtəlif tədqiqatın təhlili göstərir ki, normal çəkisi olan qadınlarla müqayisədə artıq çəki və piylənməsi olan qadınlarda POP inkişaf riski təxminən 40-50% artıb. Əksinə, arıqlamanın POP reqressiyasına təsiri araşdırılıb və nəticədə çəki itkisinin POP reqressiyası ilə əlaqəli olmadığı görünüb [6]. Pelvik orqan prolapsı çanaq dibinin əzələsi və birləşdirici toxumanın birgə çatışmazlığı nəticəsində yaranır. Prolapsı olan qadınlarda levator ani əzələsinin pubococcygeal hissəsinin zədələnməsi 40% daha çox görülür [2].

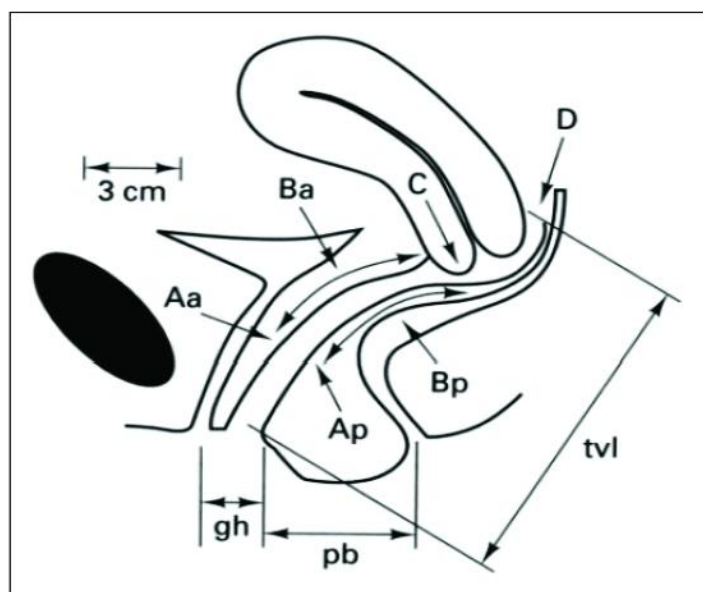
Prolaps ilə müraciət edən xəstələrin əksəriyyəti asimptomatikdir. Bununla belə, qabarıqlıq himəndən kənara çıxdığında simptomlar daha narahatedici olur [4]. POP zamanı bir çox simptomlar müşahidə olunur. Ən çox görülən simptom aralıq nahiyəsində əllənən yad cisim hissidir. Qadınlar ən çox uşaqlıq yolundan bir top üzərində oturma və paltarların bu şişkinliyə sürtünməsindən şikayət edirlər.

POP-u olan qadınlar uroloji şikayətlər də müşahidə edilir. Bu şikayətlərə stress sidik saxlamamaq, tez-tez sidiyə getmə, sidiyə gedə bilməmə, təkrarlayan

sidik yolu infeksiyaları aiddir. Həzm sistemi problemlərindən ən çox qəbizlik POP-u olan qadınlarda rast gəlinir [5]. Prolaps daxili vaginal müayinə aparılaraq diaqnoz qoyulur. Bu müayinə litotomiya vəziyyətində aparılır. Müayinə ilk öncə xəstənin valsalva manevrası etməsi ilə başlanılır. Xəstə valsalva manevrası edə bilməsə xəstənin öskürməsi istənilir. Bundan sonra müayinə ginekoloji güzgü ilə davam edir [7].

Müasir elmdə POP üçün bir neçə sinifləndirmə mövcuddur. Bunlardan ən çox istifadə olunan Amerika Uroginekoloqlar Cəmiyyətinin (AUGS) Pelvik Orqan Prolapsın Kəmiyyətləşdirmə Sistemi - (POP-Q)-dür. İlk dəfə olaraq 1996-cı ildə Beynəlxalq Kontinens Cəmiyyəti bu dərəcələnməni təklif etmişdir. Bu sistem bir neçə ölçü daxildir. Prolapsdakı hər bir ölçü sabit bir anatomik hissə olan himenə (qızlıq pərdəsi) görə ölçülür. Himenə əsasən ikisi ön divarda olan (Aa və Ba nöqtələri), ikisi arxa divarda olan (Ap və Bp nöqtələri), ikisi apikal hissədə olan (C və D nöqtələri), eyni zamanda ümumi vaginal uzunluq (Tvu), perineal cisim (Pc) və genital hiatus (Gh) olmaqla 9 nöqtə müəyyənləşdirilir. Bunlardan Tvü,

Pc, Gh başqa digərləri valsalva manevrasında ölçülür. Aa nöqtəsi uşaqlıq yolunun ön divarında eksternal uretral meatusun 3 sm proksimalında yerləşir və "-3" normal yerləşməni göstərir. Ba nöqtəsi vaginal kaf və ya ön forniksdən Aa nöqtəsinə qədər olan məsafədir və "-3" prolapsın yoxluğunda olur. Ap himenin 3 sm proksimalında yerləşir və normal yerləşimi "-3"-dür. Bp nöqtəsi vaginal kaf və ya arxa forniksdən Ap nöqtəsinə qədər olan məsafədir və "-3" prolapsın yoxluğunda olur. C nöqtəsi uşaqlıq boyunun ən distal kənarı və ya total histerektomiya sonrası güdülün öndə gələn kənarındakı bir nöqtəni göstərir. D nöqtəsi uşaqlıq boynu olan bir qadılda arxa forniksin vəziyyətini göstərən nöqtədir, uşaqlıq boynun yoxluğunda istifadə olunmur. D nöqtəsi uterosakral bağı dəstəyinin yetməzliyini göstərir. Ümumi vaginal uzunluq C və D nöqtəsi yerində olduğu zamankı uzunluqdur. Genital hiatus eksternal uretral meatusun ortasından himenin ortasına qədər ölçülür. Perineal cisim isə genital hiatusun arxa kənarından anal dəliyin orta hissəsinə qədər ölçülür (şəkil 1).



Şəkil 1. POP-Q təsnifatına görə orientir nöqtələrin sxematik göstərilməsi.

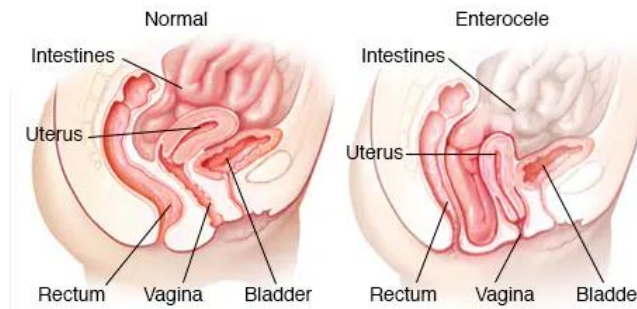
POP-Q zamanı bütün ölçülər himenə əsasən ölçülür. Himen sıfır nöqtəsi kimi götürülür. Himenin üzərində olan ölçülər mənfi ilə işarələnir. Himenin altında olan ölçülər müsbət ilə işarələnir. Bütün ölçülər ölçüldükdən sonra POP dərəcələnilir. POP-Q-ə əsasən 5 dərəcə vardır: 0 dərəcə - Prolaps izlənilmir, bütün ölçülər "-3" sm dədir. C və D nöqtəsi -Tvu dən 2 sm kiçikdir (yəni C və D (Tvu-2)-yə bərabər və ya

ondan kiçikdir). I dərəcə - Prolapsın ən distal hissəsi himenin 1 sm üzərindədir. II dərəcə - Prolapsın ən distal hissəsi himenin 1 sm proksimal və ya distalındadır. III dərəcə - Prolapsın ən distal hissəsi himendən 1 sm distalındadır, lakin ümumi vaginal uzunluq 2 sm-dən daha çox xaricə çıxmamışdır. IV dərəcə - tam prolapsı göstərir və ümumi vaginal uzunluq 2 sm dən çox xaricə çıxmışdır.

Bundan başqa Baden-Walker Halfway dərəcələnməsi də vardır. Bu zaman 5 dərəcədə istifadə olunur. 0 dərəcə hər hissə öz yerində yerləşmişdir. 1-ci dərəcədə bütün hissələr himenə yarı məsafədə yerləşir. 2-ci dərəcədə himenə qədər enmə baş verib. 3 -cü dərəcədə himeni yarı məsafədə keçən enmə baş vermişdir. 4-cü dərəcədə hər hissədə tam maksimal enmə baş vermişdir [8].

Bundan başqa uşaqlıq yolunun ön divarının defektinin 3 növü vardır. 1-ci növ - Lateral sistosele və paravaginal defekt - bu zaman valsalva manevrası zamanı uşaqlıq yolunun ruqaları izlənilir, yan

divarların sallanması izlənilir. 2-ci növ - Mərkəzi sistosele zamanı mərkəzi şişlik izlənilir, ruqalar izlənilir. 3-cü növ - Transvers sistosele bu zaman enmə apikal nahiyədən izlənilir. Uşaqlıq yolunun arxa divarının defektlərinin 2 növü vardır: Rektosele və enterosele. Enterosele yalnızca uşaqlıq yolunun arxa divarının arxasında nazik bağırsağın hərəkətləri görüldüyü zaman izlənilir (şəkil 2). Bundan əlavə digər simptomlar üçün əlavə müayinələrdə edilməlidir. Uroloji simptomlar üçün urodinamik müayinə istifadə olunmalıdır [5].



**Şəkil 2.** Nazik bağırsağın prolapsı (enterosele) çanaq boşluğunda bağırsaqları (nazik bağırsağ) yerində saxlayan əzələ və toxumalar zəiflədikdə, nazik bağırsağın aşağı enərək uşaqlıq yolundan çıxmasına səbəb olur. Sol tərəfdə - norma, sağ tərəfdə - enterosele.

Həm konservativ, həm də cərrahi müalicə xəstənin yaşından, gələcək fertillik və cinsi aktivlik arzusunda, simptomların şiddətindən və müşayiət olunan tibbi problemlərdən asılı olaraq seçilə bilər. Uşaqlıq yolunun enən hissəsinə uyğun olaraq müalicə seçilir. Simptomatik xəstələrdə konservativ və ya cərrahi müalicə aparılır və müalicə seçimi xəstənin arzusundan asılıdır. Konservativ müalicə cərrahi müalicədən sonra ağırlaşmalar və residiv riski yüksək olan və ya cərrahi müdaxilələrdən imtina edən xəstələr üçün uyğundur. Müalicə variantları arasında ginekoloji pessariyə qoyulması, çanaq dibini əzələlərinin məşqləri, hormon terapiyası və s. [6]. Simptomatik POP olan xəstələrin üçdə ikisi pessari ilə müalicəni seçir və 77%-ə qədər 1 ildən sonra istifadəyə davam edir [9]. Ginekoloji pessari çanaq orqanlarını dəstəkləyərək və bağırsağa təzyiqləri azaltmaqla prolapsı aradan qaldırmaq üçün uşaqlıq yoluna yerləşdirilən bir cihazdır, müxtəlif forma və ölçülərdə olur. Pessarinin daxil edilməsindən sonra xəstələr müxtəlif gündəlik həyat fəaliyyətini (oturma, ayaq üstə və əyilmə duruşları, Valsalva manevri) yerinə yetirməklə pessarinin düzgün vəziyyətdə olub-olmadığını təsdiqləməlidirlər. Bütün xəstələr pessari qoyulduqdan sonra 4-6 həftə ərzində yoxlanılmalıdır. Pessari yeni simptomları və uşaqlıq

yolunun selikli qişasında bir zədə, eroziya varlığının təyini üçün müntəzəm nəzarət tələb edir. Eroziya halında, vaginal estrogen tərkibli kremi və ya estradiol vaginal tabletləri istifadə edilə bilər. Bir pessari müntəzəm olaraq dəyişdirilməlidir. Müdaxilələrə baxmayaraq davam edən eroziyaların biopsiyası nəzərdən keçirilməlidir. Ən çox görülən yan təsirlər ifrazat və pis qoxudur, ağır ağırlaşmalara vezikovaginal və ya rektovaginal fistula, hidronefroz və digər daxildir. Pessaridə müntəzəm olaraq sterilizasiya edilməlidir. Təxminən 2300 xəstədə çanaq dibinin əzələ təliminin meta-analizi, əzələ gücləndirici məşqlərin prolaps mərhələsində və simptomların yaxşılaşmasına müsbət təsir göstərdiyini nəticəsini bildirib [6]. Kegel məşqləri (pelvik əzələ məşqləri) prolaps dərəcəsi 1 və ya 2 olan qadınlara təklif edilə bilər. Bu pelvik əzələ məşqləri prolapsları təxminən 1-2 sm yaxşılaşdırdığı müəyyən edilmişdir. Belə qadınlarda yaxşılaşmanın ölçülməsi üçün 12-16 həftə məşqlərin edilməsi nəzərdə tutula bilər. Təlimlər xəstə üçün faydalı olarsa davam etdirilməlidir [10]. 20 Tədqiqat sistemativ və topikal estrogen hormonu terapiyalarının POP-u aradan qaldırmağa kömək edə biləcəyini təsvir etsə də, məlumat kifayət deyil onların effektivliyini dəstəkləyir [6].

Prolapsın cərrahi müalicə 2 tip olur. Bunlara aiddir: rekonstruktiv və obliterativ. Obliterativ müalicəyə Lefort kolpoklezi aiddir. Bu müalicə yalnızca yaşlı, koitusu olmayan və tibbi olaraq riski olan xəstələr üçündür. Bu cərrahi əməliyyat zamanı uşaqlıq yolunun epitelisinin artıq hissəsi kəsilərək çıxarılır və uşaqlıq yolunun ön arxa divarı bir birinə tikilir. 10% xəstələrdə koitus itməsi ilə bağlı kolpoklezi sonrası peşmanlıq müşahidə olunmuşdur. Üretranın aşağıya doğru çəkilməsi səbəbi ilə kolpoklezi sonrası gizli stress sidik saxlamamazlıq müşahidə edilə bilər. Rekonstruktiv cərrahiyyə zamanı normal anatomiya bərpa edilməyə çalışılır, obliterativ cərrahidən daha çox istifadə olunur. Vaginal, abdominal və laparoskopik, robotik olmaqla 4 növü vardır. Daha çox vaginal cərrahi müalicə seçilir. Amma vaginal cərrahi müalicə keçirmiş, qısalmış uşaqlıq yolu olan və ciddi proplasi olan qadınlarda digər cərrahi üsullər daha effektiv olur. Laparoskopik əməliyyatlara sakrokolpopeksiya, pektepeksiya, uterosakral bağların yüksək fiksasiyası, paravaginal deffektin bərpası aiddir. Uşaqlıq yolunun ön divar deffektlərinin bərpası üçün əvvəllər ön kolporrafiya istifadə olunurdu, lakin uzun müddət istifadə zamanı üsulun effektivliyini müəyyənələdi və bu defektlər zamanı laparoskopik sakrokolpopeksiya, pektepeksiya, uterosakral bağların yüksək fiksasiyası istifadə olunmağa başlandı [11].

Prolapsın apikal defektin korreksiyasında laparoskopik torun istifadəsinin 2 əsas üsulu var. Birincisi - ənənəvi olaraq "qızıl" standart olaraq sakropeksiya əməliyyatıdır. İkinci üsul isə son zamanlar təklif edilən və qısa zamanda geniş yayılmağa başlayan pektepeksiya əməliyyatıdır. Hər iki üsul torun yerləşdirilməsini nəzərdə tutur. Sadəcə proksimal fiksasiya nöqtələri fərqli olur.

Son illərdə seçim proseduru abdominal sakrokolpopeksiya aparılır, bu da laparotomiya, laparoskopiya və ya robotik cərrahiyyə köməyi ilə edilə bilər. Sakrokolpopeksiya zamanı vaginal güdül sakruma xüsusi sintetik torlar vasitəsi ilə bağlanılır. 1962-ci ildə Leyn tərifindən aparılır və o vaxtdan indiyənədək prosedur bir çox dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Bununla belə, presakral damarların zədələnməsi nəticəsində qanaxma riski yüksəkdir. Əsas üstünlüyü dayanıqlı olması və normal anatomiyasının qorunmasıdır. Bu prosedur vaginal funksiyaları saxlamaq istəyənlər, eləcə də uşaqlıq və uşaqlıq yolunun ön divarının prolapsı müalicə etmək üçün əvvəlki əməliyyatları uğursuz olan qadınlarda əsas yanaşma kimi qəbul edilir. Sakropeksiyadan sonra tez-tez rast

gəlinən nəticələr defekasiya aktın pozulmaları və stress sidik qaçırma (SUI) olur. Bu vəziyyət daha çox defekasiya aktın pozulmalarının keçmişdə lazımı səviyyədə qiymətləndirilməməsi ilə bağlıdır. Laparotomiya və həmçinin laparoskopiya yolu ilə aparılan sakropeksiyaya dair aparılan tədqiqatlarda tez-tez meteorizm, qəbizlik və xroniki ağrı ilə bağlı problemlər bildirilir. Defekasiya pozulmalarının səbəbi çanaqda daha az boşluq (çıxış maneəsi), bitişmələr və ya hipogastrik sinirlərin travması ola bilər. 2007-ci ildə ilk dəfə olaraq apikal defektin bərpası üçün yeni bir texnika kimi pektepeksiya təsvir edilmişdir. Bu üsul zamanı tor fiksasiyası etmək üçün hər iki tərəfdəki iliopektineal bağdan istifadə edilir, buna görə də torun yaratdığı heç bir məhdudiyət yoxdur. Tor sidik axarları və ya bağırsağ kimi həssas nöqtələri keçmədən təbii strukturları (enli və girdə bağları) izləyir. Hipogastrik gövdə təhlükəsiz məsafədə və təhlükədən kənardadır. İliopektineal ligamentin lateral hissəsində tikiş üçün kifayət qədər material tapmaq həmişə mümkündür [11]. Laparoskopik pektepeksiya apikal prolaps üçün mümkün cərrahi üsuldür, laparoskopik sakropeksiya ilə müqayisədə daha qısa əməliyyat müddəti və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların az olması qeyd olunur [12]. Ön çox yerinə yetirilən transvaginal asma prosedurlarından biri, coccygeus sacrospinous ligamentin apeksə bağlandığı sakrospinozis fiksasiyadır [9]. Bu cərrahi unilateral və bilateral edilə bilər [13]. Bununla belə, texnika vaginal oxu posteriora yönəldiyinə üçün bu xəstələrdə tez-tez uşaqlıq yolunun ön divarının defektlərinin inkişafına səbəb ola bilər. Digər ağırlaşmalara pudental arteriyanın cırılması, vaginal qısalma, cinsi disfunksiya və pudental sinirin zədələnməsi daxildir [9]. Arxa kolporrafiya uşaqlıq yolunun arxa divarının defektlərinin bərpasında istifadə olunur. Arxa kolporrafiya zamanı anatomik yaxşılaşma 76%-96% arasındadır və simptomlarda 75% yaxşılaşma müşahidə edilir. Bəzi hallarda genital hiatusu (boşluğu) kiçiltmək və təkrar enmənin qarşısını almaq üçün levator ani plikasyonunda aparılır. Bu zaman xəstələrdə 12-27% hallarda disparuniya olur [5, 13-18].

Beləliklə, pelvik orqan prolapsı qadınlar arasında yayılmış bir xəstəlikdir və müvafiq müalicə tələb edir. Ancaq müxtəlif səbəblərə görə diaqnoz gecikdirilə bilər. İlk tibbi yardımda gündəlik həyatda həyat tərzini məsləhətləri sağlam həyat tərzini, çəki artımının qarşısını almaq, ağır yüklərdən qaçınmaq, qəbizliyin idarə edilməsi və çanaq dibi əzələlərinin məşqindən (Kegel əzələ məşqləri) ibarətdir. Davamlı

simptomlardan və diskomfortdan şikayət edən xəstələrə həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması üçün

geniş müalicə variantları (konservativ və cərrahi) təklif edilməlidir.

## РЕЗЮМЕ

### Оптимальные подходы в диагностике и лечении пролапса тазовых органов

*Гусейнова Флора Фарадж кызы*

*Частная клиника «Медицинский центр Нурана»  
Джалилабад, Азербайджан*

**Ключевые слова:** пролапс органов таза, факторы риска, диагностика, формы лечение

Пролапс тазовых органов – распространенное заболевание среди женщин и требует соответствующего лечения. Однако постановка диагноза может быть отложена по разным причинам. Рекомендации по образу жизни для повседневной жизни в учреждениях первичной медико-санитарной помощи включают здоровый образ жизни, предотвращение увеличения веса, отказ от поднятия тяжестей, борьбу с запорами и тренировку мышц тазового дна (упражнения Кегеля). Пациентам, которые жалуются на постоянные симптомы и дискомфорт, следует предложить широкий спектр вариантов лечения (консервативного и хирургического) для улучшения качества жизни.

## SUMMARY

### Optimal approaches in the diagnosis and treatment of pelvic organ prolapse

*Huseynova Flora Faraj*

*Private clinic "Nurana Medical Center"  
Jalilabad, Azerbaijan*

**Key words:** pelvic organ prolapse, risk factors, diagnosis, forms of treatment

Pelvic organ prolapse is a common condition among women and requires appropriate treatment. However, diagnosis may be delayed for various reasons. Lifestyle recommendations for daily living in primary care include healthy lifestyle choices, avoiding weight gain, avoiding heavy lifting, managing constipation, and exercising the pelvic floor muscles (Kegel exercises). Patients who complain of persistent symptoms and discomfort should be offered a wide range of treatment options (nonoperative and surgical) to improve quality of life.

## ƏDƏBİYYAT

1. <https://www.acog.org/womens-health/videos/understanding-pelvic-organ-prolapse>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347042/>
3. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1992;166:1717.
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
5. Williams jinekoloji, bölmə 24, səh –532
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336571/>
7. <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/pelvic-organ-prolapse/>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056425/>
9. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31663890/#:~:text=Pelvic%20organ%20prolapse%20\(POP\)%20is,of%20undergoing%20surgery%20for%20POP.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31663890/#:~:text=Pelvic%20organ%20prolapse%20(POP)%20is,of%20undergoing%20surgery%20for%20POP.)
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564303/>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4313410/#:~:text=Conclusion%3A%20Laparoscopy%20pectopexy%20is%20a,zero%20percentage%20of%20defecation%20disorders.>
12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34406417/>

13. <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/FIGO%20UGPF%20C%20Surgeries%20for%20Pelvic%20Organ%20Prolapse.pdf>
14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33232087/>
15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236436/>
16. <http://medi-guide.meditool.cn/ympdf/54635D3C-EC04-A4CC-CD0C-8DFED6C357DE.pdf>
17. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/diagnosis-and-management-of-pelvic-organ-prolapse.pdf>
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10432240/>