

DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-4
УДК 618.14-007.44-053.8:616.833-008.6

Рання маніфестація генітального пролапсу у жінок віком 35–45 років: клініко-анамнестичні ознаки ймовірного нейрогенного компонента

К. В. Гончар

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

Генітальний пролапс традиційно розглядається як патологія, асоційована з віком, пологовою травмою, порушенням сполучнотканинної підтримки та підвищенням внутрішньочеревного тиску. Водночас у частини жінок симптоми пролапсу з'являються вже у віці 35–45 років, часто не відповідають тяжкості акушерського анамнезу та можуть поєднуватися з ознаками функціональної слабкості тазового дна. Це потребує більш уважного ставлення до можливого нейрогенного компонента у формуванні раннього пролапсу.

Мета дослідження: визначити клініко-анамнестичні особливості ранньої маніфестації генітального пролапсу у жінок віком 35–45 років та окреслити ознаки, які можуть вказувати на ймовірний нейрогенний компонент дисфункції тазового дна.

Матеріали та методи. Проведено клініко-анамнестичний аналіз 65 жінок віком 35–45 років із генітальним пролапсом I–III ступеня. До основної групи увійшли 35 пацієнок із раннім пролапсом і рентгенологічними ознаками незарощення дужок L5–S1/S1–S2, які розглядалися як непрямі ознаки ймовірної прихованої патології невральної трубки. До групи порівняння включено 30 жінок із генітальним пролапсом без рентгенологічних і клінічних ознак патології невральної трубки. Оцінювали вік маніфестації симптомів, тривалість захворювання, ступінь пролапсу, акушерський анамнез, скарги на дискомфорт у ділянці промежини, порушення сечовипускання, сексуальний дискомфорт та суб'єктивне відчуття слабкості тазового дна.

Результати. У пацієнок основної групи симптоми пролапсу виникали раніше, мали триваліший перебіг та частіше поєднувалися з відчуттям слабкості тазового дна, сексуальним дискомфортом і скаргами з боку нижніх сечових шляхів. При цьому акушерський анамнез не завжди пояснював вираженість клінічних проявів. Найбільш інформативними ознаками, що можуть вказувати на ймовірний нейрогенний компонент, були маніфестація пролапсу до 37

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

років, невідповідність між кількістю пологів і ступенем пролапсу, поєднання пролапсу з тазовим дискомфортом, зниженням відчуття м'язового контролю та сексуальними порушеннями.

Висновки. Рання маніфестація генітального пролапсу у жінок віком 35–45 років потребує не лише стандартної анатомічної оцінки, а й уважного аналізу клініко-анамнестичних ознак можливої нейрогенної дисфункції тазового дна. Виявлення таких ознак може допомогти лікарю своєчасно виділити групу пацієнток, яким доцільне поглиблене функціональне обстеження та індивідуалізована реабілітаційна тактика.

Ключові слова: генітальний пролапс, ранній пролапс, тазове дно, нейрогенний компонент, *spina bifida occulta*, клінічні ознаки, жінки віком 35–45 років.

Генітальний пролапс є однією з найбільш поширених форм дисфункції тазового дна у жінок. У класичному клінічному розумінні його розвиток пов'язують із вагінальними пологодами, травматизацією м'язово-фасціальних структур тазового дна, віковими змінами сполучної тканини, хронічним підвищенням внутрішньочеревного тиску, ожирінням та гормональними чинниками [1–4]. Такий підхід добре пояснює значну частину випадків пролапсу у жінок старшого віку, однак не завжди є достатнім для аналізу раннього пролапсу у жінок віком 35–45 років.

У практиці акушера-гінеколога все частіше зустрічаються пацієнтки молодого та середнього репродуктивного віку, у яких симптоми пролапсу виникають раніше ніж очікується за класичною моделлю розвитку заховорювання. У таких випадках ступінь опущення органів малого таза може не відповідати кількості пологів, характеру акушерського анамнезу або загальному соматичному статусу жінки. Це змушує розглядати не лише механічні, а й функціональні, зокрема нейрогенні, механізми формування пролапсу [5–7].

Нейрогенний компонент дисфункції тазового дна може проявлятися зниженням тону м'язів, порушенням довільного м'язового контролю, відчуття слабкості в ділянці промежини, симптомами з боку нижніх сечових шляхів, сексуальним дискомфортом або хронічним тазовим болем [8–10]. У частини пацієнток такі прояви можуть бути пов'язані з прихованими або малосимптомними аномаліями розвитку попереково-крижової ділянки, зокрема з ймовірною *spina bifida occulta* або іншими варіантами прихованого спінального дизрафізму [11, 12].

Важливо підкреслити, що рентгенологічні ознаки незарощення дужок L5–S1/S1–S2 не можуть самостійно розцінюватися як остаточний діагноз патології невральної трубки. Проте у поєднанні з раннім пролапсом, симптомами слабкості тазового дна, порушеннями сексуальної функції або скаргами з боку сечовипускання вони можуть бути підставою для уважнішого клінічного аналізу та подальшого функціонального обстеження.

Саме тому для практичного лікаря важливо мати простий клініко-анамнестичний орієнтир: які ознаки у пацієнтки з раннім генітальним пролапсом мають насторожити щодо можливого нейрогенного компонента. Такий підхід не замінює спеціалізованої діагностики, але дозволяє своєчасно виділити групу пацієнток, які потребують більш поглибленої оцінки тазового дна та індивідуалізованої реабілітації.

Мета дослідження: визначити клініко-анамнестичні особливості ранньої маніфестації генітального пролапсу у жінок віком 35–45 років та окреслити ознаки, які можуть вказувати на ймовірний нейрогенний компонент дисфункції тазового дна.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-анамнестичний аналіз 65 жінок віком 35–45 років із генітальним пролапсом I–III ступеня. Дослідження мало порівняльний описовий характер і було спрямоване на виявлення практично значущих клінічних ознак, які можуть допомогти лікарю запідозрити нейрогенний компонент дисфункції тазового дна у жінок із ранньою маніфестацією пролапсу.

Пацієнтки були розподілені на дві групи. До основної групи увійшли 35 жінок із генітальним пролапсом I–III ступеня та рентгенологічними ознаками незарощення дужок L5–S1/S1–S2. Ці зміни розглядали як непрямі рентгенологічні ознаки ймовірної прихованої патології невральної трубки, але не трактували як остаточний діагноз spina bifida. До групи порівняння включено 30 жінок із генітальним пролапсом I–III ступеня без рентгенологічних і клінічних ознак патології невральної трубки.

Критерії включення у дослідження:

- вік 35–45 років,
- наявність генітального пролапсу I–III ступеня,
- скарги на відчуття стороннього тіла у піхві,
- тазовий або промежинний дискомфорт,
- порушення сексуальної функції,
- симптоми з боку нижніх сечових шляхів або суб'єктивне відчуття слабкості тазового дна.

Критерії виключення з дослідження:

- онкогінекологічні захворювання,
- гострі запальні захворювання органів малого таза,
- декомпенсовані соматичні стани,
- тяжкі психічні розлади,
- попередні реконструктивні операції на тазовому дні,
- відмова пацієнтки від участі у дослідженні.

Усім пацієнткам проводили клініко-гінекологічне обстеження з визначенням ступеня пролапсу, збір акушерсько-гінекологічного анамнезу, оцінювання віку маніфестації симптомів, тривалості захворювання та провідних скарг. Особливу увагу приділяли таким ознакам: ранній початок симптомів, невідповідність між кількістю пологів і ступенем пролапсу, відчуття слабкості тазового дна, сексуальний дискомфорт, періодичний тазовий біль, скарги на порушення сечовипускання та суб'єктивне зниження контролю м'язів промежини.

Статистичне оброблення проводили з використанням методів описової статистики. Кількісні показники наведено як $M \pm SD$, категоріальні – як n (%). Для порівняння між групами використовували t -критерій Стьюдента для кількісних показників та χ^2 -критерій або точний критерій Фішера для категоріальних змінних. Різницю вважали статистично значущою при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Загальна клініко-анамнестична характеристика пацієнток

Порівняльний аналіз продемонстрував, що жінки обох груп були зіставними за віком та індексом маси тіла. Це дозволяє розглядати виявлені особливості не як наслідок вікових або антропометричних відмінностей, а як прояв різного функціонального стану тазового дна.

У пацієнток основної групи симптоми генітального пролапсу виникали раніше. Середній вік маніфестації становив $35,1 \pm 1,9$ року, тоді як у групі порівняння –

Клініко-анамнестична характеристика пацієнток

Показник	Основна група, n = 35	Група порівняння, n = 30
Вік, роки	38,7 ± 3,0	40,0 ± 2,8
ІМТ, кг/м ²	27,4 ± 3,3	27,2 ± 3,0
Кількість пологів	2,1 ± 0,8	2,1 ± 0,9
Вік маніфестації пролапсу, роки	35,1 ± 1,9*	37,8 ± 2,1
Тривалість симптомів, роки	3,8 ± 1,5*	2,2 ± 1,1
Пролапс III ступеня, n (%)	15 (42,9%)*	8 (26,7%)

Примітки: кількісні показники наведено як $M \pm SD$; категоріальні – як n (%).

* – різниця статистично значуща порівняно з групою порівняння, $p < 0,05$.

ІМТ – індекс маси тіла.

37,8 ± 2,1 року. Така різниця має практичне значення, оскільки поява пролапсу до 37 років може бути одним із клінічних сигналів щодо зниження функціонального резерву тазового дна.

Тривалість симптомів також була більшою в основній групі – 3,8 ± 1,5 року проти 2,2 ± 1,1 року у групі порівняння. Це свідчить про те, що ранній пролапс у пацієнток із рентгенологічними ознаками ймовірної патології невральної трубки має тенденцію до більш тривалого перебігу та поступового прогресування.

Отримані дані свідчать, що ранній вік появи симптомів і більша тривалість захворювання можуть бути простими, але важливими клінічними орієнтирами. Для практичного лікаря це означає, що жінка 35–45 років із пролапсом не повинна автоматично розглядатися лише як пацієнтка з “післяпологовою слабкістю тазового дна”. За наявності ранньої маніфестації потрібно ширше оцінювати можливі функціональні причини.

Клінічні ознаки, що можуть вказувати на ймовірний нейрогенний компонент

Аналіз скарг продемонстрував, що у жінок основної групи частіше реєструвалися симптоми, які можуть бути пов’язані не лише з анатомічним пролапсом, а й із порушенням нерво-м’язової регуляції тазового дна. Найбільш характерними були суб’єктивне відчуття слабкості тазового дна, сексуальний дискомфорт, періодичний тазовий біль та симптоми з боку нижніх сечових шляхів.

Відчуття слабкості або “неконтрольованості” м’язів тазового дна відзначали 26 (74,3 %) жінок основної групи проти 9 (30,0 %) у групі порівняння. Цей симптом має важливе клінічне значення, оскільки пацієнтка часто описує його не як біль або опущення, а як втрату внутрішньої підтримки, зниження контролю або відчуття “розслаблення” у ділянці піхви й промежини.

Сексуальний дискомфорт також частіше спостерігався в основній групі – у 24 (68,6%) жінок проти 12 (40,0 %) у групі порівняння. Його проявами були біль або дискомфорт під час статевого акту, зниження відчуття м’язового контролю, страх посилення пролапсу та зменшення сексуальної впевненості.

Скарги з боку нижніх сечових шляхів, зокрема епізоди ургентності, утруднення початку сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура або пе-

Таблиця 2

Частота клінічних ознак, потенційно пов'язаних із нейрогенним компонентом дисфункції тазового дна

Ознака	Основна група, n = 35	Група порівняння, n = 30
Відчуття слабкості тазового дна, n (%)	26 (74,3 %)*	9 (30,0 %)
Сексуальний дискомфорт, n (%)	24 (68,6 %)*	12 (40,0 %)
Періодичний тазовий або промежинний біль, n (%)	18 (51,4 %)*	8 (26,7 %)
Симптоми з боку нижніх сечових шляхів, n (%)	21 (60,0 %)*	10 (33,3 %)
Суб'єктивне зниження м'язового контролю, n (%)	23 (65,7 %)*	8 (26,7 %)
Невідповідність між акушерським анамнезом і тяжкістю пролапсу, n (%)	20 (57,1 %)*	7 (23,3 %)

Примітки: дані наведено як n (%);

* – різниця статистично значуща порівняно з групою порівняння, $p < 0,05$.

ріодичне нетримання сечі, реєстрували у 21 (60,0 %) пацієнтки основної групи та у 10 (33,3 %) жінок групи порівняння.

Наведені результати не дозволяють встановити остаточний діагноз нейрогенного пролапсу лише на підставі скарг. Однак вони мають практичну цінність як орієнтири для поглибленого обстеження. Якщо у пацієнтки з раннім пролапсом одночасно наявні сексуальний дискомфорт, відчуття слабкості тазового дна, симптоми з боку сечовипускання та невідповідність між акушерським анамнезом і тяжкістю пролапсу, лікар має розглядати можливість нейрогенного компонента.

Практичне значення виявлених ознак

Для щоденної клінічної практики важливо, що більшість описаних ознак можна виявити вже під час первинного прийому без складного інструментального обстеження. Вони не потребують спеціального обладнання, однак потребують правильного збору анамнезу.

У жінок із раннім пролапсом доцільно активно уточнювати:

- коли саме з'явилися перші симптоми;
- чи відповідає ступінь пролапсу кількості та характеру пологів;
- чи є відчуття втрати м'язового контролю в ділянці промежини;
- чи є сексуальний дискомфорт або страх статевого акту;
- чи виникають порушення сечовипускання;
- чи є хронічний або періодичний тазовий біль;
- чи був слабкий ефект від попередніх вправ для м'язів тазового дна.

Особливо важливим є поєднання кількох ознак. Ізолюваний пролапс після травматичних пологів не обов'язково потребує нейрофункціонального пошуку. Натомість пролапс у віці 35–37 років, особливо без значущої пологової травми, у поєднанні із сексуальним дискомфортом, тазовим болем або симптомами з боку нижніх сечових шляхів має розглядатися як підстава для розширеного обстеження.

Клінічні ситуації, у яких доцільно запідозрити нейрогенний компонент пролапсу

Клінічна ситуація	Практичне значення
Маніфестація пролапсу до 37 років	Може свідчити про знижений функціональний резерв тазового дна
Пролапс не відповідає кількості пологів	Потребує пошуку неакушерських чинників
Відчуття слабкості або “розслаблення” тазового дна	Може бути проявом порушення нервово-м’язової регуляції
Поєднання пролапсу з порушенням сечовипускання	Потребує оцінки функції нижніх сечових шляхів
Сексуальний дискомфорт при незначному пролапсі	Може вказувати на функціональний, а не лише на анатомічний компонент
Слабкий ефект від самостійних вправ	Потребує оцінки правильності скорочення м’язів тазового дна
Рентгенологічні ознаки незарощення дужок L5–S1/S1–S2	Є підставою для подальшої нейровізуалізації за показаннями

Примітка. Наведені ознаки не є самостійними діагностичними критеріями нейрогенного пролапсу, але можуть використовуватися як клінічні орієнтири для визначення потреби у поглибленому обстеженні.

З практичної точки зору запропонований підхід може бути корисним для акушера-гінеколога амбулаторної ланки. Він дозволяє не перевантажувати первинний прийом складними діагностичними алгоритмами, але водночас не пропустити пацієнтку, у якої звичайне пояснення пролапсу лише пологовою травмою або віком є недостатнім.

ВИСНОВКИ

У жінок віком 35–45 років генітальний пролапс може мати ранню маніфестацію, яка не завжди пояснюється лише класичними акушерськими або віковими факторами.

Пацієнтки з рентгенологічними ознаками незарощення дужок L5–S1/S1–S2 частіше мають ранній початок симптомів, триваліший перебіг захворювання та більшу частоту скарг, потенційно пов’язаних із порушенням нервово-м’язової регуляції тазового дна.

Найбільш практично значущими ознаками ймовірного нейрогенного компонента є маніфестація пролапсу до 37 років, відчуття слабкості тазового дна, сексуальний дискомфорт, симптоми з боку нижніх сечових шляхів та невідповідність між акушерським анамнезом і тяжкістю пролапсу.

Виявлення таких ознак не є підставою для встановлення остаточного діагнозу патології невральної трубки, однак має розглядатися як показання до поглибленої функціональної оцінки тазового дна та, за потреби, нейровізуалізації.

Запропонований клініко-анамнестичний підхід є простим для використання в практиці акушера-гінеколога та може допомогти своєчасно виділити пацієнток, які потребують індивідуалізованої реабілітаційної тактики.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним є подальше вивчення клініко-функціональних особливостей раннього генітального пролапсу з використанням електроміографії, перинеального ультразвукового дослідження та магнітно-резонансної томографії попереково-крижового відділу хребта. Доцільним також є створення простого клінічного опитувальника для первинного виявлення жінок із ймовірним нейрогенним компонентом дисфункції тазового дна.

Конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування

Дослідження виконано без зовнішнього фінансування.

Внесок автора

К. В. Гончар – формування ідеї дослідження, збір та аналіз клінічного матеріалу, статистичне оброблення даних, інтерпретація результатів, підготовка тексту статті, оформлення таблиць і списку літератури.

Early manifestation of genital prolapse in women aged 35–45 years: clinical and anamnestic signs of a suspected neurogenic component *K. V. Honchar*

Genital prolapse is traditionally considered a condition associated with age, childbirth-related pelvic floor trauma, connective tissue weakness, and increased intra-abdominal pressure. However, in some women, symptoms occur as early as 35–45 years of age and may not correspond to the severity of obstetric history. This suggests the possible role of a neurogenic component in early pelvic floor dysfunction.

The objective: to determine the clinical and anamnestic features of early genital prolapse in women aged 35–45 years and to identify signs that may indicate a suspected neurogenic component of pelvic floor dysfunction.

Materials and methods. A clinical and anamnestic analysis was conducted involving 65 women aged 35–45 years with stage I–III genital prolapse. The main group included 35 patients with early prolapse and radiological signs of non-fusion of the L5–S1/S1–S2 vertebral arches, considered indirect signs of suspected occult neural tube defects. The comparison group included 30 women with genital prolapse without radiological or clinical signs of neural tube defects. Age at symptom onset, disease duration, prolapse stage, obstetric history, perineal discomfort, urinary symptoms, sexual discomfort, and subjective pelvic floor weakness were assessed.

Results. In the main group, prolapse symptoms appeared earlier, had a longer duration, and were more often associated with pelvic floor weakness, sexual discomfort, and lower urinary tract symptoms. Obstetric history did not always explain the severity of clinical manifestations. The most informative signs suggesting a possible neurogenic component were prolapse onset before 37 years of age, mismatch between parity and prolapse severity, and the combination of prolapse with pelvic discomfort, reduced muscular control, and sexual complaints.

Conclusions. Early manifestation of genital prolapse in women aged 35–45 years requires not only standard anatomical assessment but also careful evaluation of clinical and anamnestic signs of suspected neurogenic pelvic floor dysfunction. Recognition of these signs may help identify patients who require further functional assessment and individualized rehabilitation.

Keywords: *genital prolapse, early prolapse, pelvic floor, neurogenic component, spina bifida occulta, clinical signs, women aged 35–45 years.*

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Відомості про автора

Гончар Костянтин Володимирович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0002-4667-6201; e-mail: gan49335@gmail.com

Information about the author

Honchar Kostiantin V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0002-4667-6201; e-mail: gan49335@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaar GN, Withagen MJ. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*. 2016;35(2):137–68. DOI: 10.1002/nau.22922. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26749391/>
2. Barber MD. Pelvic organ prolapse. *BMJ*. 2016;354:i3853. DOI: 10.1136/bmj.i3853. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27439423/>
3. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2016;27(7):981–92. DOI: 10.1007/s00192-015-2846-y. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26407564/>
4. Shek KL, Dietz HP. Assessment of pelvic organ prolapse: a review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2016;48(6):681–92. DOI: 10.1002/uog.15881. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26865209/>
5. Schulten SFM, Claas-Quax MJ, Weemhoff M, van Eijndhoven HWF, van Leijsen SAL, Vergeldt FTM, IntHout J, Kluijvers KB. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;227(2):192–208. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.04.046. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35500611/>
6. Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornsstein N, Bouquet S, et al. Management of female pelvic organ prolapse – Summary of the 2021 HAS guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2023;52(3):102535. DOI: 10.1016/j.jogoh.2023.102535. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36657614/>
7. Antosh DD, Dieter AA, Balk EM, Kanter G, Kim-Fine S, Meriwether KV, Mamik MM, Good MM, Singh R, Alas A, Foda MA, Rahn DD, Rogers RG. Sexual function after pelvic organ prolapse surgery: a systematic review comparing different approaches to pelvic floor repair. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021;225(5):475.e1–475.e19. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.042. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34087227/>
8. Streur CS, Corona L, Smith JE, Lin M, Wiener JS, Wittmann DA. Sexual Function of Men and Women With Spina Bifida: A Scoping Literature Review. *Sexual Medicine Reviews*. 2021;9(2):244–66. DOI: 10.1016/j.sxmr.2020.09.001. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33608247/>
9. Motta GL, Quiroz Y, Llorens E, Rosito TE, Bujons A. The impact of neurogenic bladder bowel dysfunction in the sexuality of female spina bifida patients. *Journal of Pediatric Urology*. 2021;17(3):288.e1–288.e6. DOI: 10.1016/j.jpuro.2021.01.016. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33546979/>
10. Kumar I, Sachan A, Aggarwal P, Verma A, Shukla RC. Structured MRI reporting in spinal dysraphism. *Acta Radiologica*. 2020;61(11):1520–33. DOI: 10.1177/0284185120903445. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32054289/>
11. Spazzapan P, Velnar T, et al. Results of Surgical Treatment of Occult Spinal Dysraphisms – A Single Centre Experience. *Diagnostics*. 2024;14(7):703. DOI: 10.3390/diagnostics14070703. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11011868/>
12. Dubois A, Malandain B, Hascoet J, Haudebert C, Brochard C, Richard C, et al. Pelvic organ prolapse is highly prevalent in women with spina bifida. *BJUJ Compass*. 2025;6(11):e70113. DOI: 10.1002/bco2.70113. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41293758/>

Стаття надійшла до редакції 13.04.2026

Прийнята до друку 20.05.2026

Опубліковано 19.06.2026