

УДК 618.182.4

DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-65-78

## ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА НА РАЗВИТИЕ СИМПТОМОВ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

*О.П. Абаева<sup>1</sup>, О.А. Паузина<sup>2</sup>, С.В. Романов<sup>2</sup>, К.В. Евдокимова<sup>2</sup>, В.А. Бердугин<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», г. Москва

<sup>2</sup> ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, г. Нижний Новгород

<sup>3</sup> ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна», г. Москва

**Введение (актуальность).** Дисфункция тазового дна – заболевание, приводящее к снижению качества жизни женщин. Установлено, что данная проблема характерна в первую очередь для женщин, имеющих в анамнезе естественные роды.

**Цель.** Исследование имело целью установление взаимосвязи между особенностями течения родов и наличием у женщин симптомов дисфункции тазового дна.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось по данным опроса 144 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, имеющих детей. Вопросы анкеты учитывали возраст первых родов, количество родов, период времени, прошедший после последних родов, вес детей при рождении, наличие операции кесарева сечения и акушерских пособий. Анкеты содержали вопросы о наличии дискомфорта при половых контактах и недержания мочи.

**Результаты и обсуждение.** Дискомфорт при половом контакте испытывают 11,8±2,7% опрошенных, недержание мочи отметили 18,1±3,3%, оба симптома – 7,6±2,2% респондентов. Симптомы дисфункции тазовых органов более характерны для женщин, родивших ребенка естественным путем ( $p_{\text{value}} < 0,001$ ). По результатам анализа установлена взаимосвязь между увеличением возраста первых родов и наличием дискомфорта при половых контактах ( $p_{\text{value}} = 0,02$ ), а также симптомов недержания мочи ( $p_{\text{value}} = 0,0001$ ); между применением акушерских пособий и наличием дискомфорта при половых контактах ( $p_{\text{value}} = 0,046$ ), но не наличием симптомов недержания мочи ( $p_{\text{value}} = 0,1354$ ). Рождение ребенка весом более 4,0 кг влияло на появление дискомфорта при половых контактах, более 3,5 кг – на появление симптомов недержания мочи ( $p_{\text{value}} < 0,001$ ).

**Заключение.** Результаты проведенного нами медико-социологического исследования свидетельствуют о существовании взаимосвязи между такими особенностями акушерского анамнеза как увеличение возраста, в котором у женщины были первые роды; родоразрешение через естественные родовые пути; применение акушерских пособий в родах; рождение ребенка массой 4 кг и более и наличием у женщин дискомфорта при половых контактах. Результаты свидетельствуют также о взаимосвязи между увеличением возраста, в котором у женщины были первые роды; родоразрешением через естественные родовые пути; рождением ребенка массой 3,5 кг и более и наличием симптомов недержания мочи у женщин. Взаимосвязи между такими особенностями акушерского анамнеза как число родов, увеличение периода времени, прошедшего после последних родов, и наличием симптомов дисфункции тазового дна установить не удалось.

**Ключевые слова:** дисфункция тазового дна, факторы риска

## THE INFLUENCE OF OBSTETRIC ANAMNESIS ON THE DEVELOPMENT OF SYMPTOMS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION IN WOMEN

*O.P. Abaeva<sup>1</sup>, O.A. Pauzina<sup>2</sup>, S.V. Romanov<sup>2</sup>, K.V. Evdokimova<sup>2</sup>, V.A. Berdutin<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Sechenov University, Moscow*

<sup>2</sup> *Volga District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency, Nizhny Novgorod*

<sup>3</sup> *A.I. Burnazyan Medical Research Center of the FMBA of Russia, Moscow*

**Introduction (relevance).** Pelvic floor dysfunction is a disease that leads to a decrease in the quality of life of women. It is established that this problem is characteristic primarily for women with a history of natural childbirth.

**Aim.** The aim of the study was to establish the relationship between the peculiarities of the course of labor and the presence of symptoms of pelvic floor dysfunction in women.

**Materials and methods.** The study was conducted according to a survey of 144 women aged 20 to 40 years with children. The questionnaire questions took into account the age of the first birth, the number of births, the period of time since the last birth, the weight of the children at birth, the presence of cesarean section and obstetric benefits. The questionnaires contained questions about the presence of discomfort during sexual intercourse and urinary incontinence.

**Results and discussion.** Discomfort during sexual contact is experienced by  $11,8 \pm 2,7\%$  of respondents, urinary incontinence was noted by  $18,1 \pm 3,3\%$ , both symptoms –  $7,6 \pm 2,2\%$  of respondents. Symptoms of pelvic organ dysfunction are more typical for women who gave birth to a child naturally ( $p_{\text{value}} < 0,001$ ). According to the results of the analysis, a relationship was established between an increase in the age of the first birth and the presence of discomfort during sexual intercourse ( $p_{\text{value}} = 0,02$ ), as well as symptoms of urinary incontinence ( $p_{\text{value}} = 0,0001$ ); between the use of obstetric aids and the presence of discomfort during sexual intercourse ( $p_{\text{value}} = 0,046$ ), but not the presence of symptoms of urinary incontinence ( $p_{\text{value}} = 0,1354$ ). The birth of a child weighing more than 4.0 kg affected the appearance of discomfort during sexual intercourse, more than 3.5 kg – the appearance of symptoms of urinary incontinence ( $p_{\text{value}} < 0,001$ ).

**Conclusion.** The results of our medical and sociological research indicate the existence of a relationship between such features of obstetric anamnesis as an increase in the age at which a woman had her first birth; delivery through the natural birth canal; the use of obstetric aids in childbirth; the birth of a child weighing 4,0 kg or more and the presence of discomfort in women during sexual intercourse. The results also indicate the relationship between an increase in the age at which a woman had her first birth; delivery through the natural birth canal; the birth of a child weighing 3,5 kg or more and the presence of symptoms of urinary incontinence in women. The relationship between such features of obstetric anamnesis as the number of births, an increase in the period of time elapsed after the last birth, and the presence of symptoms of pelvic floor dysfunction could not be established.

**Keywords:** pelvic floor dysfunction, risk factors

**Введение.** Дисфункция тазового дна — полиэтиологическое заболевание, объединяющее ряд клинических нарушений, имеющих общий патогенез и нередко

сочетающихся: пролапс тазовых органов, недержание мочи, недержание кала и сексуальную дисфункцию [1]. Точных данных о распространенности дисфункции тазового дна у женщин нет [2], согласно исследованию Wu J.M. с соавторами четверть женщин имеют хотя бы одно из проявлений дисфункции тазового дна [3], по мнению Maher C. с соавторами данная патология встречается у половины рожавших женщин [4], по данным Awwad J. с соавторами распространенность дисфункции тазового дна возрастает по мере перехода к старшим возрастным группам: в возрасте от 20 до 29 лет патология наблюдается у 20,4% женщин, от 40 до 49 лет – у 77,2% [5]. Прогрессирование симптомов дисфункции тазовых органов является причиной стресса и снижения физического и психологического качества жизни женщин [2].

Не смотря на высокий интерес специалистов к проблеме дисфункции тазовых органов, распространенность тяжелых форм данной патологии не снижается [2]. Исследователи связывают это в двумя факторами, один из которых связан с неспецифичностью жалоб пациенток, среди которых чаще всего специалисты отмечают сексуальный дискомфорт и нарушения мочеиспускания [2, 6, 7], а также незначительными клиническими проявлениями симптомов на ранних стадиях развития патологии, вследствие чего женщины не всегда уделяют им должное внимание [8] и самостоятельно обращаются к врачу акушеру-гинекологу только спустя десять лет и более после начала развития дисфункции тазового дна [7]. Второй фактор связан с отсутствием в настоящее время единых подходов к диагностике дисфункции тазового дна [2], настороженности у врачей акушеров-гинекологов по выявлению данной патологии, скрининга и маршрутизации пациенток [6].

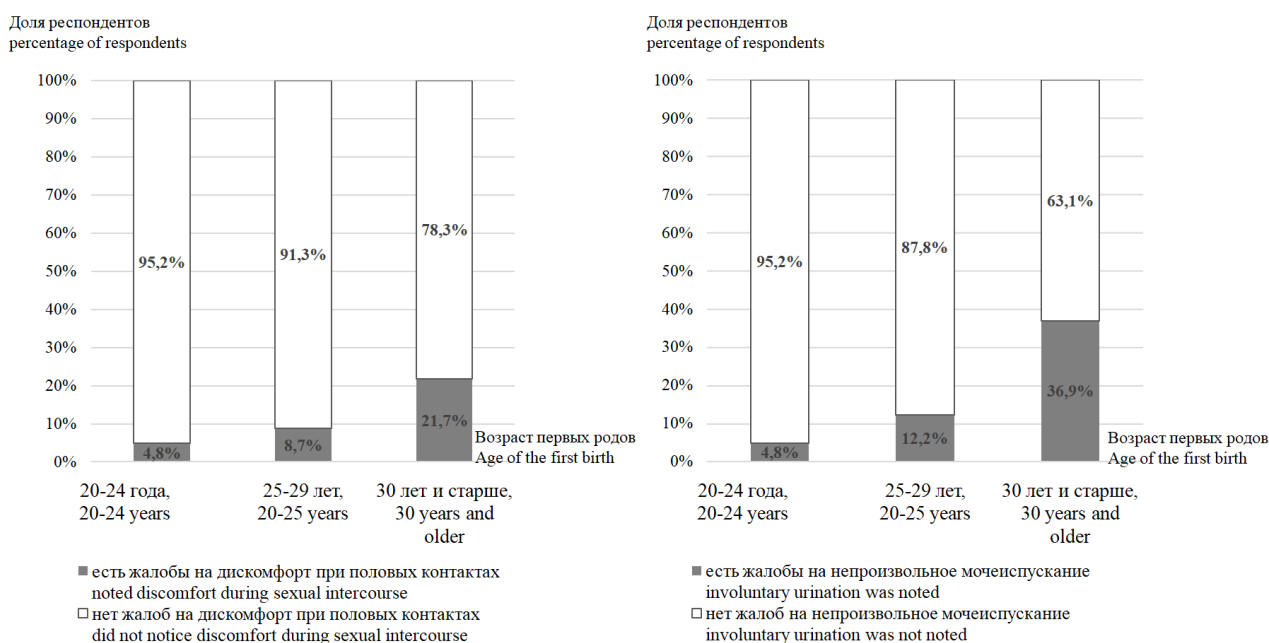
Исследователи выделяют несколько групп факторов риска развития дисфункции тазового дна, таких как генетическая предрасположенность, обусловившая особенности строения соединительной ткани, особенности анатомии влагалища, ожирение, гиподинамия [2]. Отдельная группа факторов риска связана с родами, поскольку дисфункция тазового дна – патология женщин, в большинстве своем имеющих в анамнезе естественные роды [2], причем травмирование мышц тазового дна происходит преимущественно в процессе первых или вторых родов [10]. Среди факторов, повышающих риск развития дисфункции тазового дна, специалисты отмечают возраст женщины при первых родах старше 30 лет [11], осложненные роды, сопровождавшиеся акушерским пособием (эпизиотомия, разрыв промежности) [8, 12, 13], а также при наличии крупного плода [5].

**Цель.** В связи с вышеизложенным нами было проведено медико-социологическое исследование, целью которого являлось установление взаимосвязи между особенностями течения родов и наличием у женщин симптомов дисфункции тазового дна.

**Материалы и методы.** Базой исследования стала поликлиника №1 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, г. Нижний Новгород. Исследование проводилось методом анкетного опроса анонимно по авторским анкетам. На основании данных литературных источников для проведения опроса были определены следующие разделы акушерского анамнеза, которые, возможно, влияют на развитие дисфункции тазового дна: возраст в котором были первые роды, количество родов, период времени, прошедший после последних родов, вес детей при рождении, наличие операции кесарева сечения и акушерских пособий в анамнезе. Кроме того, анкеты содержали вопросы о наличии в настоящее время наиболее ранних и распространенных симптомов дисфункции тазового дна, таких как дискомфорт при половых контактах и недержание мочи. Опрос проводился врачами акушерами гинекологами поликлиники, т.е. специалистами, готовыми компетентно ответить на вопросы женщин при возникновении каких-либо затруднений в работе с анкетой. В опросе приняли участие 144 женщины в возрасте от 20 до 40 лет, которые состояли на диспансерном учете по беременности в 2016-2020 годах в поликлинике №1 Приволжского окружного медицинского центра. Среди участниц опроса у 28,5±3,6% возраст первых родов был в интервале от 20 до 24 лет, у 39,6±4,0% - от 25 до 29 лет, у 31,9±3,9% - 30 лет и старше. 47,9±4,2% имели одни роды в анамнезе, 25,7±3,6% - двое, 26,4±3,7% - трое и больше. У 22,9±3,5% женщин последние роды произошли в интервале от одного до двух лет назад, у 41,0±4,1% - от двух до пяти лет, у 36,1±4,0% - более пяти лет назад. Вес ребенка при рождении (единственного или наиболее крупного при нескольких родах) составил от 2,5 до 2,99 кг у 18,8±3,3%, от 3,0 до 3,49 кг у 33,3±3,9%, от 3,5 до 3,99 кг у 35,2±4,0%, от 4,0 кг и более – у 12,7±2,8% женщин. У 24,3±3,6% женщин было в анамнезе кесарево сечение, у 20,1±3,3% - выполнялись акушерские пособия в родах (эпизиотомия, перинеотомия, ручное отделение последа). Наличие или отсутствие взаимосвязи между особенностями акушерского анамнеза и наличием симптомов дисфункции тазовых органов оценивалось по критериям непараметрической статистики (хи-квадрат Пирсона).

**Результаты.** Согласно полученным данным дискомфорт при половом контакте испытывают 11,8±2,7% опрошенных, симптомы недержания мочи отметили 18,1±3,3%, оба симптома – 7,6±2,2% участниц исследования. По результатам проведенного статистического

анализа удалось установить взаимосвязь между увеличением возраста первых родов и наличием дискомфорта при половых контактах в настоящее время ( $\chi^2 = 7,84$  при критическом значении 5,99  $p_{value}=0,02$ ). Так в группах женщин, у которых первые роды были в возрасте 20-24 года и 25-29 лет, доля респондентов, отметивших данную проблему, не имела статистической значимости, среди женщин, первые роды у которых состоялись в возрасте 30 лет и старше – 21,7±6,4%. Также увеличение возраста женщины при первых родах оказалось фактором риска возникновения проблем с недержанием мочи ( $\chi^2 = 13,3$  при критическом значении 5,99  $p_{value}=0,0001$ ). В группе женщин, у которых первые роды были в возрасте 20-24 года, доля респондентов, имеющих данные жалобы, не имела статистической значимости, при первых родах в возрасте 25-30 лет проблемы с недержанием мочи отметили 12,3±4,3%, а в возрасте 30 лет и старше – 32,6±6,9% женщин (рисунок 1):



**Рисунок 1.** Наличие симптомов дисфункции тазового дна у женщин с учетом возраста первых родов (в %).

В группе женщин, у которых имели место акушерские пособия в родах, 20,6±7,5% отметили наличие дискомфорта при половых контактах, среди женщин, которым акушерские пособия в родах не выполнялись, данный симптом отметили 9,0±2,7% ( $\chi^2 = 4,0$  при критическом значении 3,84  $p_{value}=0,046$ ). Среди женщин, которым выполнялись акушерские пособия, 27,5±8,2% отметили жалобы на недержание мочи, в группе респондентов, которым данное медицинское вмешательство не выполнялось, доля женщин, отметивших наличие

проблем с недержанием мочи была меньше,  $15,6 \pm 3,3\%$ , но статистически значимого различия установить не удалось ( $\chi^2 = 2,2293$  при критическом значении  $3,84$   $p_{\text{value}} = 0,1354$ ).

В группе женщин, рожавших один раз,  $13,0 \pm 4,0\%$  отметили имеющийся в настоящее время дискомфорт при половых контактах, рожавших дважды -  $10,8 \pm 5,1\%$ , трижды и более -  $10,5 \pm 4,9\%$ . Среди женщин, у которых были единственные роды -  $13,0 \pm 4,0\%$  сообщили о наличии в настоящее время проблем с недержанием мочи, у женщин, рожавших дважды -  $29,7 \pm 7,5\%$ , трижды и более -  $15,7 \pm 5,9\%$ .

По мере увеличения периода времени, прошедшего после последних родов, доля женщин, отмечавших наличие симптомов, характерных для дисфункции тазового дна, снижалась. Так в группе женщин, у которых последние роды были 1-2 года назад,  $18,6 \pm 5,9\%$  женщин сообщили о наличии дискомфорта при половых контактах, 2-5 лет -  $11,8 \pm 4,2\%$ , более 5 лет назад -  $4,7 \pm 3,2\%$ , но установить статистически значимую зависимость не удалось ( $\chi^2 = 2,91$  при критическом значении  $5,99$   $p_{\text{value}} = 0,23$ ). В группе женщин, у которых последние роды были 1-2 года назад, у  $25,5 \pm 6,6\%$  женщин имелись на момент опроса проблемы с недержанием мочи, 2-4 года - у  $16,9 \pm 4,8\%$ , более 5 лет назад - у  $11,9 \pm 4,9\%$  ( $\chi^2 = 0,78$  при критическом значении  $5,99$   $p_{\text{value}} = 0,67$ ).

Среди женщин, у которых вес самого крупного (единственного) ребенка при рождении был  $2,5-2,99$  кг,  $10,7 \pm 5,8\%$  отметили наличие в настоящее время дискомфорта при половых контактах, при весе ребенка  $3-3,49$  кг данный симптом отметили  $8,3 \pm 3,9\%$  женщин,  $3,5-3,99$  кг -  $11,7 \pm 4,5\%$ ,  $4,0$  кг и более -  $23,5 \pm 10,2\%$  участниц опроса. Статистически значимого влияния для развития дискомфорта при половых контактах не имело рождение ребенка весом более  $3,49$  кг ( $\chi^2 = 0,98$  при критическом значении  $3,84$   $p_{\text{value}} = 0,32$ ), однако данную зависимость удалось установить при рождении ребенка весом  $4$  кг и более ( $\chi^2 = 82,2$  при критическом значении  $3,84$   $p_{\text{value}} < 0,001$ ).

В группе женщин, родивших самого крупного (единственного) ребенка с весом при рождении  $2,5-2,99$  кг, у  $10,7 \pm 5,8\%$  имеются в настоящее время проблемы с недержанием мочи, по другим группам результаты составили соответственно  $3-3,49$  кг -  $12,5 \pm 4,7\%$ ,  $3,5-3,99$  кг -  $21,5 \pm 5,7\%$ ,  $4,0$  кг и более -  $35,2 \pm 11,5\%$  женщин. Анализ показал, что рождение ребенка с массой  $3,49$  и более способствует развитию недержания мочи ( $\chi^2 = 16,1$  при критическом значении  $3,84$   $p_{\text{value}} < 0,001$ ).

Среди участниц опроса, у которых родоразрешение осуществлялось путем операции кесарево сечение, у подавляющего большинства ( $94,3 \pm 3,9\%$ ) отсутствует дискомфорт при

половых контактах, в то же время в группе женщин, рожавших через естественные родовые пути, данный показатель составил  $85,2 \pm 3,6\%$  ( $\chi^2 = 56,1$  при критическом значении 3,84  $p_{value} < 0,001$ ). Также в группе женщин, у которых было кесарево сечение в анамнезе,  $88,6 \pm 5,3\%$  участниц опроса не отметили проблем с недержанием мочи, в отличие от группы женщин, рожавших самостоятельно, где данный показатель составил  $79,7 \pm 3,8\%$  ( $\chi^2 = 54,5$  при критическом значении 3,84  $p_{value} < 0,001$ ). Результаты статистического анализа представлены в таблице:

**Таблица 1**

Анализ взаимосвязи между наличием симптомов дисфункции органов тазового дна и особенностями акушерского анамнеза ( $P_{value}$  - вероятность получить значение статистики критерия равное наблюдаемому или более нетипичное по сравнению с наблюдаемым)

<i>Особенности акушерского анамнеза</i>	<i>Статистическая значимость взаимосвязи между наличием симптомов дисфункции органов тазового дна и особенностями акушерского анамнеза (<math>P_{value}</math>)</i>	
	<i>Наличие дискомфорта при половых контактах</i>	<i>Наличие проблем, связанных с мочеиспусканием</i>
Возраст в котором были первые роды	0,02	0,0001
Наличие акушерских пособий в родах	0,046	0,28
Количество родов на дату исследования	0,98	0,06
Период, прошедший после последних родов	0,23	0,67
Максимальный вес ребенка при рождении более 3,5 кг	0,32	<0,001
Максимальный вес ребенка при рождении 4,00 кг и более	<0,001	<0,001
Роды через самостоятельные родовые пути	<0,001	<0,001

**Обсуждение.** Симптомы дисфункции тазового дна являются распространенной проблемой рожавших женщин: согласно данным анкетного опроса дискомфорт при половом контакте испытывают  $11,8 \pm 2,7\%$  опрошенных, недержания мочи отметили  $18,1 \pm 3,3\%$ , оба симптома –  $7,6 \pm 2,2\%$  респондентов. Результаты нашего исследования еще раз подтвердили более высокий риск возникновения симптомов дисфункции тазового дна у самостоятельно

рожавших женщин, неоднократно отмеченный в литературных источниках [1, 2, 4, 5], по сравнению с женщинами, перенесшими операцию кесарева сечения. Нам не удалось установить статистической зависимости между числом родов и наличием симптомов дисфункции тазового дна, что соответствует данным Yeniei с соавт. о наиболее вероятном травмировании мышц тазового дна при первых или вторых родах [10]. Кроме того, наши результаты совпали с заключениями о влиянии рождения крупного плода на последующее развитие у матери симптомов дисфункции тазового дна [5, 13-17]. В отношении применения в родах акушерских пособий, наши результаты свидетельствуют о влиянии их на риск развития дискомфорта при половых контактах, но не недержания мочи, как наиболее распространенного симптома дисфункции тазового дна. Также прогностический интерес имеет статистически установленное влияние увеличения возраста первых родов для перспективы развития дисфункции тазовых органов. Вышеперечисленные факторы должны быть учтены врачами-акушерами-гинекологами при сборе анамнеза в целях раннего выявления дисфункции тазового дна и своевременного начала лечения данной патологии, существенно снижающей физическое и психологическое качество жизни женщин.

**Заключение.** Результаты проведенного нами медико-социологического исследования свидетельствуют о существовании взаимосвязи между такими особенностями акушерского анамнеза как увеличение возраста, в котором у женщины были первые роды; родоразрешение через естественные родовые пути; применение акушерских пособий в родах; рождение ребенка массой 4 кг и более и наличием у женщин дискомфорта при половых контактах. Результаты свидетельствуют также о взаимосвязи между увеличением возраста, в котором женщины были первые роды; родоразрешением через естественные родовые пути; рождение ребенка массой 3,5 кг и более и наличием симптомов недержания мочи у женщин. Взаимосвязи между такими особенностями акушерского анамнеза как число родов, увеличение периода времени, прошедшего после последних родов, и наличием симптомов дисфункции тазового дна установить не удалось.

### Список литературы

1. Ремнёва О.В., Иванюк И.С., Гальченко А.И. Дисфункция тазового дна у женщин: современные представления о проблеме (обзор литературы). *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2022;7(1):92-101. doi:10.23946/2500-0764-2022-7-1-92-101



2. Wu JM, Vaughan CP, Goodeet PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):141-148. doi:10.1097/AOG.0000000000000057
3. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn.* 2008;27(1):3-12. doi:10.1002/nau.20542
4. Awwad J, Sayegh R, Yeretian J, Deeb ME. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. *Menopause.* 2012;19(11):1235-1241. doi: 10.1097/gme.0b013e31826d2d94
5. Кочев Д.М., Дикке Г.Б. Дисфункция тазового дна до и после родов и превентивные стратегии в акушерской практике. *Акушерство и гинекология.* 2017;(5):9-15. doi:10.18565/aig.2017.5.9-15
6. Ayse MB, Yumru E, Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2014;53(4):452-458. doi:10.1016/j.tjog.2014.08.001
7. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Колесникова С.Н., Дорфман М.Ф., Лаптева М.В. Клинические особенности и факторы риска ранних форм пролапса тазовых органов. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2015;14(6):5-11
8. Суханов А.А., Дикке Г.Б., Кукарская И.И. Эпидемиология и этио- патогенез дисфункции тазового дна. *Доктор.Ру.* 2018;10(154):27-31. doi: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-27-31
9. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002;100(5Pt1):981-986. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02246-9
10. Yeniel AO, Ergenoglu AM, Askar N, Itil IM, Meseri R. How do delivery mode and parity affect pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(7):847-851. doi:10.1111/aogs.12129
11. Glazener C, Elders A, Macarthur C, Lancashire R J, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Toozs-Hobson P, Richardson K, McDonald A, McPherson G, Wilson D; ProLong Study Group. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG.* 2013;120(2):161-168. doi:10.1111/1471-0528.12075

12. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol.* 2012;119(2Pt1):233-239. doi: 10.1097/AOG.0b013e318240df4f

13. Сергейко И.В., Люцко В.В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у женщин в возрасте до 40 лет. *Фундаментальные исследования.* 2014; 4(2):350-354.

14. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2019; 1(35): 18–31. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031

15. Люцко В.В., Сергейко И.В. Акушерско-гинекологические аспекты репродуктивного здоровья женщин. *Современные проблемы науки и образования.* 2014; 2:355.

16. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Глобальные тренды и сценарии развития современного здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.* 2021, 3; DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652

17. Сергейко И.В., Трифонова Н.Ю., Немсцверидзе Э.Я., Люцко В.В. Репродуктивные установки у молодых женщин в возрасте до 40 лет. *Фундаментальные исследования.* 2014; 4 (2):355-358.

### References

1. Remnyova O.V., Ivanyuk I.S., Gal'chenko A.I. Disfunkciya tazovogo dna u zhenshchin: sovremennye predstavleniya o probleme (obzor literatury) [Pelvic floor dysfunction in women: current understanding of the problem (literature review)]. *Fundamental'naya i klinicheskaya medicina [Fundamental and Clinical Medicine].* 2022;7(1):92-101 (In Russ.). doi:10.23946/2500-0764-2022-7-1-92-101

2. Wu JM, Vaughan CP, Goodeet PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014;123(1):141-148. doi:10.1097/AOG.000000000000057

3. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn.* 2008;27(1):3-12. doi:10.1002/nau.20542

4. Awwad J, Sayegh R, Yeretizian J, Deeb ME. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. *Menopause*. 2012;19(11):1235-1241. **doi: 10.1097/gme.0b013e31826d2d94**
5. Kochev D.M., Dikke G.B. Disfunkciya tazovogo dna do i posle rodov i preventivnye strategii v akusherskoj praktike [Pelvic floor dysfunction before and after childbirth and preventive strategies in obstetric practice]. *Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]*. 2017;(5): 9-15. (in Russ.). **doi:10.18565/aig.2017.5.9-15**
6. Ayse MB, Yumru E, Sahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014;53(4):452-458. **doi:10.1016/j.tjog.2014.08.001**
7. Dubinskaya E.D., Babicheva I.A., Kolesnikova S.N., Dorfman M.F., Lapteva M.V. Klinicheskie osobennosti i faktory riska rannih form prolapsa tazovyh organov [Clinical specificities and risk factors of early forms of pelvic organ prolapsed]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii [Gynecology, Obstetrics and Perinatology]*. 2015;14(6):5-11 (in Russ.)
8. Suhanov A.A., Dikke G.B., Kukarskaya I.I. Epidemiologiya i etio- patogenez disfunkcii tazovogo dna [The Epidemiology and Etiopathogenesis of Pelvic Floor Dysfunction]. *Doktor.Ru [Doctor.Ru]*. 2018; 10(154):27-31 (in Russ.). **doi: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-27-31**
9. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2002;100(5Pt1):981-986. **doi: 10.1016/s0029-7844(02)02246-9**
10. Yeniel AO, Ergenoglu AM, Askar N, Itil IM, Meseri R. How do delivery mode and parity affect pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):847-851. **doi:10.1111/aogs.12129**
11. Glazener C, Elders A, Macarthur C, Lancashire R J, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Toozs-Hobson P, Richardson K, McDonald A, McPherson G, Wilson D; ProLong Study Group. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2013;120(2):161-168. **doi:10.1111/1471-0528.12075**
12. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2Pt1):233-239. **doi: 10.1097/AOG.0b013e318240df4f**
13. Sergeiko I.V., Lyutsko V.V. Profilaktika narushenij reproduktivnogo zdorov'ya u zhenshchin v vozraste do 40 let. [Prevention of reproductive health disorders in women under the age of 40]. *Fundamental'nye issledovaniya. [ Basic research]*. 2014; 4(2):350-354. (In Russian)

14. Voskanyan JE, Shikina IB. Upravlenie bezopasnost'yu medicinskoj pomoshchi v sovremennom zdavoohranenii. Medicinskie tekhnologii. [Management of the safety of medical care in modern health care. Medical technologies]. Ocenka i vybor. [Evaluation and selection]. 2019; 1(35): 18–31. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031 (In Russian)

15. Lyutsko V.V., Sergejko I.V. Akushersko-ginekologicheskie aspekty reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin. [Obstetric and gynecological aspects of women's reproductive health]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:355. (In Russian)

16. Voskanyan JE, Shikina IB. Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare. [Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare]. [Current health and medical statistics issues]. Current health and medical statistics issues. 2021, 3; (In Russian) DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652

17. Sergejko I.V., Trifonova N.Yu., Nemtsveridze E.Ya., Lyutsko V.V. Reproductivnye ustanovki u molodyh zhenshchin v vozraste do 40 let. [Reproductive attitudes in young women under the age of 40]. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2014; 4 (2):355-358. (In Russian)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Абаева Ольга Петровна** – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 2, e-mail: abaevaop@inbox.ru, ORCID 0000-0001-7403-7744; SPIN: 5602-2435

**Паузина Ольга Александровна** – заведующая отделением, врач акушер-гинеколог поликлиники №1 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства», 603001, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Нижне-Волжская набережная, 2, e-mail: pauzina.olga@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9111-5724; SPIN:-

**Романов Сергей Владимирович** – доктор медицинских наук, доцент, директор ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, 603001, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Нижне-Волжская набережная, 2, e-mail: info@pomc.ru, ORCID 0000-0002-1815-5436; SPIN: 9014-6344

**Евдокимова Ксения Владимировна** – врач акушер-гинеколог поликлиники №1 ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, 603001, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Нижне-Волжская набережная, 2, e-mail: bokova.ksusha@mail.ru, ORCID 0000-0002-6072-2641; SPIN: -

**Бердугин Виталий Анатольевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры выездного и инновационного обучения по интегрированным дисциплинам Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 123098, Россия, г. Москва, ул. Живописная, 46, стр. 8, e-mail: vberdt@gmail.com, ORCID 0000-0003-3211-0899; SPIN: 8316-7111

#### **About the authors**

**Abaeva Olga Petrovna** - MD, PhD, Associate Professor, Professor in the Department of Sociology of Medicine, Health Economics and Health Insurance, Sechenov University, 119021, Russia, Moscow, Rossolimo St., 11, bld. 2; e-mail: info@pomc.ru, ORCID 0000-0001-7403-7744; SPIN: 5602-2435

**Pauzina Olga Aleksandrovna** - Head of department, obstetrician-gynecologist, Volga District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency, 603001, Russia, Nizhny Novgorod, Nizhne-Volzhsкая naberezhnaya St., 2; e-mail: pauzina.olga@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9111-5724; SPIN:-

**Romanov Sergey Vladimirovich** - MD, PhD, associate professor, director of Volga District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency, 603001, Russia, Nizhny Novgorod, Nizhne-Volzhsкая naberezhnaya St., 2; e-mail: info@pomc.ru, ORCID 0000-0002-1815-5436; SPIN: 9014-6344

**Evdokimova Ksenia Vladimirovna** - obstetrician-gynecologist, Volga District Medical Center of the Federal Medical and Biological Agency, 603001, Russia, Nizhny Novgorod, Nizhne-Volzhsкая naberezhnaya St., 2; e-mail: bokova.ksusha@mail.ru, ORCID 0000-0002-6072-2641; SPIN: -

**Berdutin Vitaly Anatolievich** - MD, PhD, Associate Professor of the Department for outreach and innovative training in integrated disciplines, A.I. Burnazyan Medical Research Center of the FMBA of Russia, 123098, Russia, Moscow, 46, Zhivopisnaya St., 8; e-mail: vberdt@gmail.com, ORCID 0000-0003-3211-0899; SPIN: 8316-7111

Статья получена: 09.02.2023 г.  
Принята к публикации: 28.06.2023 г.