



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ

© А.М. Зиганшин¹, В.А. Мудров²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

Для цитирования: Зиганшин А.М., Мудров В.А. Клинический случай беременности и преждевременных родов у женщины с пролапсом гениталий третьей стадии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – № 5. – С. 125–130. <https://doi.org/10.17816/JOWD695125-130>

Поступила: 28.07.2020

Одобрена: 02.09.2020

Принята: 12.10.2020

■ В статье представлен клинический случай течения беременности и преждевременных родов на сроке беременности 31–32 нед. у женщины с пролапсом гениталий третьей стадии. Данная беременность наступила спонтанно в течение трех лет после семилетнего периода приема комбинированных оральных контрацептивов. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод и завершились рождением недоношенного плода.

■ **Ключевые слова:** пролапс гениталий; третья стадия; беременность; преждевременные роды; контрацепция; комбинированные оральные контрацептивы; бесплодие; выпадение шейки матки.

CLINICAL CASE OF PREGNANCY AND PRETERM LABOR IN A WOMAN WITH STAGE III GENITAL PROLAPSE

© А.М. Ziganshin¹, V.A. Mudrov²

¹ Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa, Russia;

² Chita State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russia

For citation: Ziganshin AM, Mudrov VA. Clinical case of pregnancy and preterm labor in a woman with stage III genital prolapse. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2020;69(5):125-130. <https://doi.org/10.17816/JOWD695125-130>

Received: July 28, 2020

Revised: September 2, 2020

Accepted: October 12, 2020

■ This article presents a clinical case of pregnancy and preterm labor at 31-32 weeks of pregnancy in a woman with stage III genital prolapse. This pregnancy occurred spontaneously within three years after a seven-year period of taking combined oral contraceptives. The birth was complicated by premature outpouring of amniotic fluid and ended with the birth of premature fetus.

■ **Keywords:** genital prolapse; stage III; pregnancy; preterm birth; contraception; combined oral contraceptives; infertility; cervical prolapse.

Введение

Несостоятельность мышц тазового дна представляет собой дефект ткани на генетическом, гистохимическом и функциональном уровнях. Особенность заболевания состоит в том, что пациентки зачастую обращаются за помощью через длительный промежуток времени после его начала, часто при зияющей половой щели, когда уже произошло опущение и выпадение

шейки матки [1, 2]. Наиболее часто пациентки при обращении к врачу жалуются на дисбиоз влагалища, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, сексуальные расстройства, доброкачественные болезни шейки матки, в результате приходится откладывать терапию проявлений пролапса гениталий (ПГ) на более поздний срок [2, 3]. Жалобы пациенток различаются и зависят от возраста: если

у молодых женщин после родов наиболее часто наблюдается диспареуния, которая встречается у 58,3 % женщин, то в старшей возрастной группе преобладают дисфункциональные расстройства тазовых органов [4].

Большинство исследователей считают, что основной причиной ПГ являются роды через естественные родовые пути, и до 50 % женщин после родов отмечают различную степень опущения и выпадения внутренних половых органов, до 20 % женщин при этом недовольны своим состоянием, наступившим после родов [4]. Другие авторы считают основной причиной пролапса тазовых органов наследственный фактор: у значительной части женщин наследственная предрасположенность проявляется различными формами дисплазии соединительной ткани, что подтверждается опущением и выпадением внутренних половых органов у нерожавших женщин [5].

В литературе представлены сведения о неблагоприятном воздействии модифицируемых и немодифицируемых факторов образа жизни, запускающих процессы деградации внеклеточного матрикса, что в условиях диспластического морфогенеза разрушает соединительную ткань и ускоряет наступление пролапса тазовых органов. В научной литературе факторы риска (ФР) принято разделять на немодифицируемые (возраст, пол, генетическая предрасположенность, время наступления менопаузы) и модифицируемые. Немодифицируемые (неуправляемые) факторы риска невозможно изменить и оказать на них прямое или косвенное воздействие (возраст, пол, расовая и этническая принадлежность, генетическая отягощенность), но их выделение может позволить определить группу пациентов с высоким риском развития заболевания, чаще проводить профилактические мероприятия, контролировать состояние и своевременно проводить терапию. Модифицируемые (управляемые) ФР составляют самую значительную часть среди общего числа факторов, управление которыми путем изменения образа жизни может позволить отсрочить, приостановить развитие заболевания, способствуя тем самым сохранению репродуктивного здоровья. К модифицируемым ФР относят образ жизни, поэтому существует возможность как первичной, так и вторичной профилактики пролапса тазовых органов [6].

Со второй половины XX в. в странах с высоким и средним уровнем доходов населения

изменились основные причины смерти и заболеваний населения. Это произошло, когда на первый план вышли так называемые хронические неинфекционные заболевания. По данным Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (Geneva, World Health Organization, 2009), ведущими ФР в отношении развития хронических неинфекционных заболеваний являются болезни системы кровообращения, онкологические, хронические бронхолегочные заболевания и сахарный диабет. Пять ведущих ФР развития хронических неинфекционных заболеваний (артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем, курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела) ответственны за 67,2 % всех потерь здоровья населения [7]. Восемь основных ФР образа жизни (повышенное артериальное давление, дислипидемия, курение, нерациональное питание [недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли, животных жиров и избыточная калорийность пищи], низкий уровень физической активности, повышенный уровень глюкозы в крови, избыточная масса тела и ожирение, пагубное употребление алкоголя) обуславливают до 75 % смертности и заболеваемости. Устранение и коррекция данных ФР позволит увеличить продолжительность жизни и снизить заболеваемость [7].

Одна из причин поздней диагностики ПГ состоит в отсутствии единого алгоритма диагностики, стандартов, классификации и терминологии в МКБ-10, а также должного контроля и диспансеризации женщин после родов. В результате остаются неучтенными ранние стадии заболевания, что приводит к увеличению количества тяжелых форм, тяжелых проявлений, за счет чего растет число женщин, которым показано оперативное лечение. Несмотря на то что клиническая характеристика различных форм и проявлений ПГ достаточно полно изложена в отечественной и зарубежной литературе, описание случаев наступления беременности и родов через естественные родовые пути у больных с выпадением шейки матки встречается редко.

Клинический случай

Пациентка Г., 31 год, наблюдалась по беременности в женской консультации центральной районной больницы одного из районов Республики Башкортостан. С детства страдает миопией (–1,0), которая после первых родов прогрессировала до –1,5, в настоящее время

составляет –2,5 дптр. С подросткового возраста отмечает плоскостопие. Жалуется на боли в области поясницы, по поводу которых неоднократно получала лечение остеохондроза, после детального обследования диагностирована межпозвонковая грыжа L₅–L₆ позвонков. Менструальный цикл с 13 лет по 5–6 дней, через 28–29 дней, менструации обильные, умеренно болезненные. Половая жизнь с 19 лет в браке. Гинекологические заболевания до брака отрицает. Работа не связана с физическим трудом, живет в собственном доме, не курит, алкоголь употребляет редко (по праздникам). Первая беременность наступила в 20 лет, завершилась родами в срок 40 нед. беременности, родился мальчик весом 3800 г, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов. Из перенесенных во время беременности заболеваний отмечает железодефицитную анемию, хронический геморрой. Продолжительность родов составила 2,5 ч, потужной период, со слов пациентки, длился 5 мин. Роды осложнились разрывом промежности II степени. На 2-е сутки отметила выпадение из половой щели округлого образования (шейки матки), которое затем исчезло и вновь появилось через 2 мес. Кроме того, на 2-е сутки послеродового периода появились геморроидальные узлы и острая задержка мочи, по поводу которой трижды через 6, 12 и 16 ч от момента родов проводили катетеризацию мочевого пузыря. Через 6 мес. после родов отметила незначительное выделение мочи при кашле и поднятии тяжестей. После родов неоднократно получала лечение по поводу дисбиоза влагалища.

В настоящее время периодически повышается артериальное давление, наблюдается у участкового терапевта по поводу вегетососудистой дистонии, лечение получает нерегулярно. При осмотре зубочелюстной системы обращают на себя внимание неправильный прикус открытой формы и дистопия зубов, кариозное поражение зубов, частичная адентия (устранена установкой имплантов). На нижних конечностях визуализируются многочисленные телеангиоэктазии с диаметром расширенных сосудов менее 1 мм, единичные варикозно расширенные сосуды. Страдает плоскостопием, перенесла панкреатит, периодически беспокоит задержка стула до 3–4 дней, самостоятельно проводит лечение в период обострения панкреатита и геморроя. При проведении подкладочного теста отмечается умеренное промокание, при взвешивании выявлено увеличение массы на 5 г.

Изучение наследственности позволило выявить генетическую предрасположенность к ПГ в семье. Бабушке пациентки в настоящее время 82 года, родила девять детей, со слов, все роды протекали быстро и стремительно, масса детей при рождении не превышала 3000 г. Во время всех беременностей отмечала повышение артериального давления, анемию. Последние роды завершились преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, по поводу которой выполнена надвлагалищная ампутация матки. Первые признаки опущения культи шейки матки появились после 50 лет, когда периодически из половой щели выпадал «комочек» в виде шейки матки, который она самостоятельно вправляла. В связи с отказом от предложенного оперативного лечения в настоящее время бабушка пользуется влагалищным пессарием. Вредные привычки отрицает, со слов, алкоголь употребляла в незначительном количестве. Работала кочегаром, с этим связывает наличие хронической обструктивной болезни легких. Перенесенные заболевания: пневмония, желчнокаменная болезнь (состояние после холецистэктомии), хронический геморрой. В настоящее время отмечает недержание мочи при физической нагрузке, кашле. Страдает близорукостью (+3), гипертонической болезнью IIa стадии, сахарным диабетом 2-го типа, остеопорозом, адентия наблюдается с 62 лет. Месячные с 16 лет, по 7–8 дней, через 30–32 дня. Менопаузальные расстройства (жар, приливы) отмечала после 45 лет, в настоящее время не беспокоят.

Возраст матери пациентки — 62 года, известно, что она родила двоих детей мужского и женского пола массой тела 3400 и 4600 г соответственно. Роды, со слов, продолжались не более 5–6 ч. Беременности отягощались развитием гестационного сахарного диабета, через 10 лет после последних родов выявлен сахарный диабет 2-го типа. Во время всех беременностей отмечала анемию, повышение артериального давления. Последние роды осложнились разрывом промежности IV степени, непосредственно после родов наблюдалось выпадение геморроидальных узлов. Гинекологические заболевания: рецидивирующее течение вагинита и миома матки (с 42 лет), по поводу которой в 48 лет была выполнена надвлагалищная ампутация матки. Месячные с 15 лет, по 6–7 дней, через 29–30 дней, обильные, болезненные. Вредные привычки отрицает, употребление алкоголя эпизодическое (по праздникам).



Женщина с пролапсом гениталий III стадии
Stage III genital prolapse

С детства страдает миопией (–1), в настоящее время диагностированы астигматизм и близорукость (+2). С раннего возраста страдает воспалением слизистой оболочки гайморовой пазухи (гайморит), с 42 лет — бронхиальной астмой. При осмотре зубов выявлен неправильный прикус с открытой формой и дистопией зубов, частичная адентия скорректирована установлением коронок. На момент осмотра страдает гипертонической болезнью I степени, выявлены межпозвоночная грыжа поясничного отдела позвоночника, варикозное расширение вен нижних конечностей. Из перенесенных заболеваний — желчнокаменная болезнь (состояние после холецистэктомии), хронический геморрой.

В акушерское отделение Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова на сроке беременности 31–32 нед. из района доставлена беременная с преждевременным излитием околоплодных вод. Данная беременность желанная, наступила через 3 года после семилетнего периода приема комбинированных оральных контрацептивов. Предлежание — головное. При поступлении поставлен диагноз: «Преждевременное излитие околоплодных вод на сроке беременности 31–32 нед. Полное выпадение шейки матки». Признаки излития околоплодных вод отмечала за 5–6 ч до поступления. При поступлении живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. В первой половине беременности развился ранний токсикоз

(рвота). Во время беременности проводилась терапия анемии, вагинита. При объективном осмотре: матка находится в нормотонусе. Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, визуально определяется выраженное зияние вульварного кольца, в перианальной области видны рубцы после перенесенного разрыва промежности. В проекции половой щели визуализируется шейка матки диаметром 5–6 см, с неровными фестончатыми краями, выступает на 3 см за пределы вульварного кольца, плотной консистенции длиной 5 см, наружный зев цервикального канала проходим для 3 см, внутренний — для 1 см (см. рисунок).

При осмотре плодный пузырь не определяется, наблюдается незначительное подтекание околоплодных вод, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Проведен тест Амнишур (AmniSure) — результат положительный.

С учетом преждевременного излития околоплодных вод, клинических и ультразвуковых признаков преждевременных родов, отсутствия противопоказаний для консервативного родоразрешения решено первоначально выполнить профилактику респираторного дистресс-синдрома плода по общепринятой схеме [8]. Родовая деятельность наступила спонтанно через 18 ч, ребенок родился недоношенным с низкой массой тела (1780 г), ростом 41 см, с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов. Роды длились 4 ч, потужной период составил 5 мин. Разрывов тканей промежности и шейки матки в ходе осмотра выявлено не было. В послеродовом периоде проводили терапию хронического геморроя. На 5-е сутки послеродового периода пациентка в удовлетворительном состоянии переведена на второй этап выхаживания, рекомендовано наблюдение врача — акушера-гинеколога по месту жительства, проведение оперативного лечения ПГ в плановом порядке.

Обсуждение

На сегодняшний день наиболее изученной проблемой преждевременных родов является преждевременное излитие околоплодных вод, связанное в первую очередь с воспалительными изменениями во влагалище, в большинстве случаев ассоциированными с микробными агентами [8]. При этом считают, что каждый третий недоношенный ребенок рождается у матерей с внутриамниотической инфекцией,

хотя механизм возникновения острой амниотической инфекции не до конца изучен. Между тем только в 50 % наблюдений выявляют гистологические признаки амнионита и хориоамнионита [9]. По мнению R. Romero et al., влагалищная микробиота способна влиять на исход беременности. Если при неосложненной беременности во влагалищной микрофлоре преобладают четыре вида бактерий *Lactobacillus spp.* — *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. gasseri*, *L. vaginalis* и лишь изредка анаэробные микроорганизмы, то у женщин репродуктивного возраста в основном обнаруживают *L. crispatus* [10, 11]. В 2017 г. L.M. Kindinger et al. установили, что преобладание бактерии *L. iners* во влагалищной микробиоте на 16-й неделе является ФР преждевременных родов, при этом преобладание бактерии *L. crispatus*, наоборот, предупреждает их риск [12]. В постменопаузе во влагалище у здоровых женщин лактобациллы регистрируют в 10 % случаев, а у женщин с ПГ данные микроорганизмы отсутствуют [13, 14].

Следует сказать, что преждевременные роды могут наступить и при полном отсутствии воспалительной реакции в плаценте и плодных оболочках, в частности у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, когда нарушен механизм синтеза коллагена, снижена прочность плодного пузыря, что и приводит к его разрыву [13, 15]. Данное свойство коллагена объединяет его с механизмом возникновения несостоятельности мышц тазового дна, когда состояние коллагена имеет ведущее значение.

Определение ФР преждевременных родов является наиболее часто изучаемой проблемой [11]. В Российских клинических рекомендациях «Преждевременные роды» перечислены 23 ФР, в рекомендациях МАУО — 12, в информационном ресурсе Medscape — 7, на национальном сайте института здоровья США — 27, что свидетельствует об отсутствии единых взглядов о ФР, способных привести к преждевременным родам [8].

С хроническими неинфекционными заболеваниями членов семьи пациентки объединяет то, что практически все они страдают плоскостопием, гипертонической болезнью, геморроем, патологией зубочелюстной системы и органов зрения. Беременности у женщин протекали на фоне анемии, роды имели быстрое течение, несмотря на рождение крупных детей, в послеродовом периоде наблюдались острая задержка мочи, геморрой и другие расстройства

функции тазовых органов. Со слов пациентки, сексуальная функция также была нарушена: возникали хлюпающие звуки при половом акте, невозможным была пенетрация полового члена во влагалище, для осуществления полового акта необходимо было вправить шейку матки.

Таким образом, на примере описанного клинического случая можно сделать заключение, что наступление беременности у женщин с выпадением шейки матки возможно и роды могут закончиться относительно благоприятно. Однако следует учесть, что высока вероятность преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов. Следует также помнить, что тактика, сроки и способ родоразрешения должны определяться в каждом конкретном случае индивидуально.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Гагаев Ч.Г., и др. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 336 с. [Radzinskiy VE, Durandin YuM, Gagaev ChG, et al. Perineologiya: Bolezni zhenskoy promezhnosti v akusher-sko-ginekologicheskikh, seksologicheskikh, urologicheskikh, proktologicheskikh aspektakh. Ed. by V.E. Radzinskiy. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2006. 336 p. (In Russ.)]
2. Зиганшин А.М., Нуртдинова И.Г., Кулавский В.А. Факторы риска опущения и выпадения внутренних половых органов, элонгации шейки матки // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — Т. 19. — № 6. — С. 31–36. [Ziganshin AM, Nurtidinova IG, Kulavskiy VA. Risk factors for prolapse and prolapse of the internal genitals, cervical elongation. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2019;19(6):31-36. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/rosakush20191906131>.
3. Зиганшин А.М., Кулавский В.А. Метод прогнозирования факторов риска развития пролапса тазовых органов // Таврический медико-биологический вестник. — 2016. — Т. 19. — № 2. — С. 65–68. [Ziganshin AM, Kulavskiy VA. Method predicting risk of pelvic organ prolapse. *Tavricheskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2016;19(2):65-68. (In Russ.)]
4. Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Асупова А.Б. Факторы риска пролапса гениталий у нерожавших женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2018. — Т. 18. — № 1. — С. 65–68. [Ziganshin AM, Kulavskiy VA, Kulavskiy EV, Asulova AB. Risk factors for genital prolapse in unborn women. *Rossiyskiy vestnik akushera-*

- ginekologa*. 2018;18(1):65-68. (In Russ.)). <https://doi.org/10.17116/rosakush201818165-68>.
5. Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Зиганшин А.М. Хирургическая менопауза у женщин репродуктивного возраста // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – Т. 10. – № 4. – С. 105–113. [Kulavskiy VA, Kulavskiy EV, Ziganshin AM. Surgical menopause in women of reproductive age. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2016;10(4):105-113. (In Russ.)). <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2016.10.4.105-113>.
 6. Зиганшин А.М., Кулавский В.А. Влияние родов через естественные родовые пути на сексуальное здоровье супружеской пары // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – С. 30. [Ziganshin AM, Kulavskiy VA. Effect of vaginal delivery ways to sexual health of couples. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;(1):30. (In Russ.)]
 7. Кулавский В.А., Зиганшин А.М. Влияние неблагоприятных факторов образа жизни на развитие несостоятельности мышц тазового дна и пролапса тазовых органов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Т. 9. – № 4. – С. 36–40. [Kulavskiy VA, Ziganshin AM. Influence of adverse lifestyle factors on the development of pelvic floor muscle failure and pelvic organ prolapse. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2009;9(4):36-40. (In Russ.)]
 8. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2014. – 37 с. [Prezhdevremennyye rody. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya). Moscow; 2014. 37 p. (In Russ.)]
 9. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., и др. Преждевременный разрыв плодных оболочек (Преждевременное излитие вод) // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 123–134. [Baev OR, Vasil'chenko ON, Kan NE, et al. Clinical guidelines for preterm amniorrhea. *Obstetrics and Gynecology*. 2013;(9):123-134. (In Russ.)]
 10. Низяева Н.В., Карапетян А.О., Гапаева М.Д., и др. Структурные особенности плодных оболочек при преждевременных родах // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 8. – С. 63–70. [Nizyaeva NV, Karapetyan AO, Gapaeva MD, et al. Structural features of fetal membranes in preterm labor. *Obstetrics and Gynecology*. 2019;(8):63-70. (In Russ.)). <https://doi.org/10.18565/aig.2019.8.63-69>.
 11. Назарова А.О., Малышкина А.И., Назаров С.Б. Факторы риска спонтанных преждевременных родов: результаты клинико-эпидемиологического исследования // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 9. – С. 82–86. [Nazarova AO, Malysheva AI, Nazarov SB. Risk factors for spontaneous preterm labor: results of a clinical and epidemiological study. *Obstetrics and Gynecology*. 2019;(9):82-86. (In Russ.)). <https://doi.org/10.18565/aig.2019.9.82-86>.
 12. Kindinger LM, Bennett PR, Lee YS, et al. The interaction between vaginal microbiota, cervical length, and vaginal progesterone treatment for preterm birth risk. *Microbiome*. 2017;5(1):6. <https://doi.org/10.1186/s40168-016-0223-9>.
 13. Reisenauer C, Kirschniak A, Drews U, Wallwiener D. Anatomical conditions for pelvic floor reconstruction with polypropylene implant and its application for the treatment of vaginal prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;131(2):214-225. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.03.020>.
 14. Yoshimura K, Morotomi N, Fukuda K, et al. Intravaginal microbial flora by the 16S rRNA gene sequencing. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):235.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.04.018>.
 15. Лазукина М.В., Михельсон А.А., Чистякова Г.Н., и др. Оценка вагинальной микробиоты у женщин с хирургической коррекцией пролапса гениталий // Лечение и профилактика. – 2019. – Т. 9. – № 2. – С. 22–26. [Lazukina MV, Mikhel'son AA, Chistyakova GN, et al. Evaluation of the vaginal microbiota in women with surgical correction of genital prolapse. *Lechenie i profilaktika*. 2019;9(2):22-26. (In Russ.)]

■ Информация об авторах (Information about the authors)

Айдар Миндиярович Зиганшин — канд. мед наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом Института дополнительного профессионального образования. ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа. <https://orcid.org/0000-0001-5474-1080>. E-mail: zigaidar@yandex.ru.

Виктор Андреевич Мудров — канд. мед наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. E-mail: mudrov_viktor@mail.ru.

Aydar M. Ziganshin — MD, PhD, Associate Professor. The Department of Obstetrics and Gynecology with the Institute of Continuing Professional Education Course, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-5474-1080>. E-mail: zigaidar@yandex.ru.

Viktor A. Mudrov — MD, PhD, Associate Professor. The Department of Obstetrics and Gynecology, the Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. E-mail: mudrov_viktor@mail.ru.