



MODERN ASPECTS OF REHABILITATION OF WOMEN WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.

Yunusova A.R., Shavazi R.N. Rayimjanova K.

Samarkand State Medical University.

Yunusova Aziza Rakhmatilloevna - Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology
№ 3.

Shavazi Ramiz is a 4th year student of the medical faculty.

Rayimjanova K is a 4th year student of the medical faculty.

ANNOTATION: *Currently, every fifth childbirth in Uzbekistan is accompanied by soft tissue injuries of the birth canal, the frequency of which does not tend to decrease. The high level of dissection of the perineum during childbirth remains. Traditional methods of suture processing do not provide complete healing. The results of the conducted studies indicate that the inclusion of physiotherapy in the complex of preventive measures in the management of puerperas with injuries of the soft tissues of the birth canal helps to reduce infectious complications and provides a more favorable course of the postpartum period.*

Key words: *Birth injuries, perineum, infectious complications.*

Аннотация: В настоящее время каждые пятые роды в Узбекистане сопровождаются травмами мягких тканей родовых путей, частота которых не имеет тенденции к снижению. Сохраняется высокий уровень рассечения промежности в родах. Традиционные методы обработки швов не обеспечивают полноценного заживления. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение физиотерапии в комплекс профилактических мероприятий при ведении родильниц с травмами мягких тканей родового канала способствует снижению инфекционных осложнений и обеспечивает более благоприятное течение послеродового периода.

Ключевые слова: Родовой травматизм, промежность, инфекционные осложнения.

Материнская травма у женщин является важной проблемой в современном акушерстве в связи с ее высокой частотой - каждая 3-5-я женщина во время родов [1]. Акушерские травмы вызваны множеством причин. Предрасполагающими факторами, способствующими разрывам в промежности, являются половое инфантилизм, высокая



частота рубцевания промежности, изменения тазового дна после предыдущих разрывов при родах или пластических операциях. Наступление разрывов в промежности может быть также связано с большим размером головы, неправильным введением, наличием предыдущих повреждений промежности [2]. Влияние перинатальных повреждений при родах на дальнейшее состояние тазового дна до сих пор. Есть много неразрешимых вопросов. Однако факт увеличения пролапса гениталий очевиден и осложнения пролапса гениталий параллельно с увеличением числа акушерских перинатальных повреждений [3, 4]. Необходимость активной реабилитации акушеров с перинатальными травмами возникает в связи с тем, что существует необходимость активной реабилитации акушеров с персональными травмами, что, во-первых, они являются входными воротами в инфекцию, способствуя появлению тяжёлых септических осложнений и удлинению периода лечения, во-вторых, в случае вторичного заживления ран. Нарушена анатомия промежности и тазового дна, что может привести к развитию аномалий половых органов, половой дисфункции, инвалидности, а в некоторых случаях - к инвалидности женщин [5]. Современная тактика проведения после эпизиотомии, -рафии предполагает активное использование различных заранее сформированных физических факторов, оказывающих поли системное воздействие на организм, ускоряя процессы адаптации, сокращая время заживления ран и восстановления целостности мышц тазового дна и генитальных путей [5, 6]. Трансформированные (искусственно созданные) физические факторы позволяют осуществлять строго целенаправленные, индивидуально адаптированные воздействия, кроме того, они экономически и в повседневной жизни более доступны, чем природные.

КЛИНИЧЕСКАЯ СЛУЧАЕ: Мы представляем клинический случай применения ультразвуковой терапии в послеродовой период. для эпизиотомической раны в послеродовой период из нашей практики. Беременная Б., 25 лет, поступила в родильное отделение клиники №1 СамМИ с жалобами на утечку светлой околоплодной жидкости в течение 1 часа 40 мин при отсутствии регулярной родовой деятельности в указанный период беременности. Диагноз ставился на основании



комплекса анамнестических данных, объективного и акушерского обследования, клинико-лабораторного обследования:

Беременность 39 недель 6 дней.

-Натальный разрыв плодных мембран (б/н 1 час 40 мин).

-Хронический тонзиллит, гастрит, холецисто-панкреатит, ремиссия.

-Дискинезия желчевыводящих путей.

-Сколиоз грудного отдела поясничного отдела позвоночника.

-Соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы.

Из особенностей течения этой первой беременности отметим, что она наступила на фоне неспецифического на 11-2 неделе и микотического вагинита на 24 неделе, дезинфицированного, инфекций верхних дыхательных путей поясничного отдела позвоночника на 22 неделе, детоксикационного лечения в стационаре, нарушений плодно-плацентарного кровотока I степени В, профилактики стационарного синдрома, нарушений дыхания плода с последующей нормализацией в динамике под наблюдением за функциональным состоянием плода. Консервативный план с возбуждением родов при отсутствии начала родовой деятельности через 22 ч 20 мин под контролем кардиомонитора, с лечением объединенных аномалий родов. В этом случае необходимо предотвратить восходящее заражение родовых путей через 6 часов с момента выделения околоплодной воды, активное проведение III периода родов, с операцией кесарева сечения при обострении плода, преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты, отсутствие эффекта возбуждения родов в течение 4 часов. В I периоде родов выявлено подозрение на хориоамнионит (продолжительность 13ч 40 мин), во II периоде родов (30 мин) выполнена латеральная эпизиотомия в связи с дистрессом плода, родился живой, информированный мальчик, с баллом 6 по шкале Апгара, ломтики и оболочки после родов неповрежденные (III период 5 мин). Эпизиотомия выполняли с помощью швов согласно Данати 4. В I, II, III периодах родов и в послеродовой период выполнялись антибиотики, детоксикационная терапия, шовный уход. Выписывали в течение 3 дней в связи с улучшением состояния и завершением курса лечения, улучшением показателей лейкоформулы крови.



В течение 5 дней с жалобами на боли в тяге, покраснение в промежности - повторное посещение больницы, где при осмотре выявлена инфильтрация швов, которые были сняты, края раны разведены, дренированы для обеспечения оттока отделившихся. В ходе обследования был выявлен умеренный лейкоцитоз ($11,7 \times 10^9$) и продолжена антибактериальная, детоксикационная терапия и уход за швами с применением мазей "Левомеколь" 15. Учитывая нормальную температуру тела, отсутствие признаков воспаления в области эпизиотомической раны, начата физиотерапия для улучшения температурного кровоснабжения организма и трофики тканей, что уменьшает отек и боль, быстрое заживление раны.

Факторы, способствующие развитию инфекции, были:

- неспецифический и микобактериальный вагинит во время беременности,
- длительный безводный период при родах,
- хориоамнионит, физиологический
- иммунодефицит после родов

МЕТОДЫ

- Сеансы контактной ультразвуковой терапии (КУТ) на BTL-4000 Premium G (Россия - Великобритания) по протоколу 5.6 интенсивностью от 0,4 до 1 Вт/см², с частотой 1/3 мГц, № 15.

- Противовоспалительное, трофотропное, нейротропическое, лимфатический дренаж, обезболивающее.

Резорбционный эффект присущ саногенетическим механизмам применения ультразвуковой терапии.

- Кроме того, ультразвук ускоряет синтез коллагена фибробластами и формирование грануляционной ткани в пролиферативной и репаративной фазе воспаления. Производится коллаген и эластин. Волокна образующих рубцов обладают повышенной прочностью и эластичностью.

- Под воздействием ультразвука происходит повышение ферментативной активности клеток, что активизирует регенерацию поврежденных тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ



Нормализация лейкоформулы ($8,3 \times 10^9$) была выявлена в динамике 5-дневной терапии, как показано на рисунке 1, в ране на промежности, заполнение клеточной матрицы (основа для образования рубца), контрацепция (уменьшение) раны, при этом первая процедура отмечена

Незаживление ран околобрюшной полости Доказано ослабление вульварного кольца, мышц тазового дна, что впоследствии приводит к рубцовой деформации вульвы, зияющему гендерному разрыву, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики [1, 2, 3, 4]. Вторую стадию реабилитации через 1 месяц проводили вагинальной электроимпульсной терапией

протокол 1.1 на BTL 4000 Premium G (Россия - Великобритания) интенсивностью 30 мА, в асимметричном режиме 5 постоянного тока для оптимизации функциональной активности и восстановления тонуса мышц тазового дна. Действуя на нервно-мышечный аппарат, такие как электроимпульсные процедуры оказывают обезболивающее действие, способствуют улучшению регионарного кровообращения, развитию коллатералей, стимулируют трофику тканей, оказывают мионевростимулирующее действие. Внутриполосный зонд размещался в задней дуге «радиатора» шейки матки, пассивный электрод - во влажной области живота, где фазы редукции чередовались с фазами релаксации. Таким образом, было выявлено ускорение фаз заживления эпизиотомической раны, которое в обычном режиме занимает 3 месяца, где при использовании физиотерапии (контактной ультразвуковой терапии) эти процессы развиваются за 2 недели, т.е. снижаются в 6 раз и не требуют последующих внешних вмешательств.

При восстановлении после травм промежности рекомендуется 2-й этап реабилитации провести электроимпульсную терапию, направленную на восстановление морфофункционального потенциала тканей и устранение последствий вторичного поражения мышц тазового дна. Этот этап лечения чрезвычайно важен. Он должен быть продуманным и достаточно длительным.

Очевидно, что с точки зрения практичности и удобства проведения процедур с сочетанием различных физических факторов, заслуживают внимания компактные устройства, которые представляют собой единый блок источников соответствующих



терапевтических энергий. Кроме того, аппаратура, оснащенная специализированными внутрисполостными гинекологическими практиками излучателями с электростимулятором, позволяет максимально приблизить энергетические проводники к необходимым органам и тканям и тем самым оптимизировать результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шаабак К.Ф. О непосредственных и отдаленных результатах хирургического лечения разрывов.

Осаждение промежности, влагалища и матки путем восстановления тазового дна. - — 2014. - — 306 с.

2. Хажина М. В. Акушерские проблемы тазового дна // Охрана материнства и детства. - — 2017. - — №1 (29). - — С.

3. Сойменова О. И. Восстановление промежности после эпизио- и перинеотомии в спонтанных случаях.

Рождение/Автореф. колбаса Дис. Мед. -Воронеж, 2014. - — 24 с.

4. Бенаси Л. М. Риск выпадения гениталий и недержания мочи в связи с беременностью и родами. Аспект исследование / Л. Бенаси, Е. Боччалини, М. Бертелли // Минерва Гинек. - 2002. - Том 54. - — №4. - — Р. 317–324.

5. Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. И. Радзинский. Е., Савельева Г. М. Акушерство. Национальное лидерство. М: ГОТАР-Медиа 2009; 134.

6. Стругацкий В. М., Маланова Т. Б., Арсланян К. Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога.

(Клинические аспекты и формулировки)/Москва <<МЕДпресс-информ>> 2008, 2-е издание, исправлено и дополнено. - — 272 с.

7. Маланова Т. Е., Ипатова М. В., Кубицкая Ю. В., Локтионов С. В. К вопросу использования.



Трансформированные физические факторы в послеродовой период в акушерской
больнице///