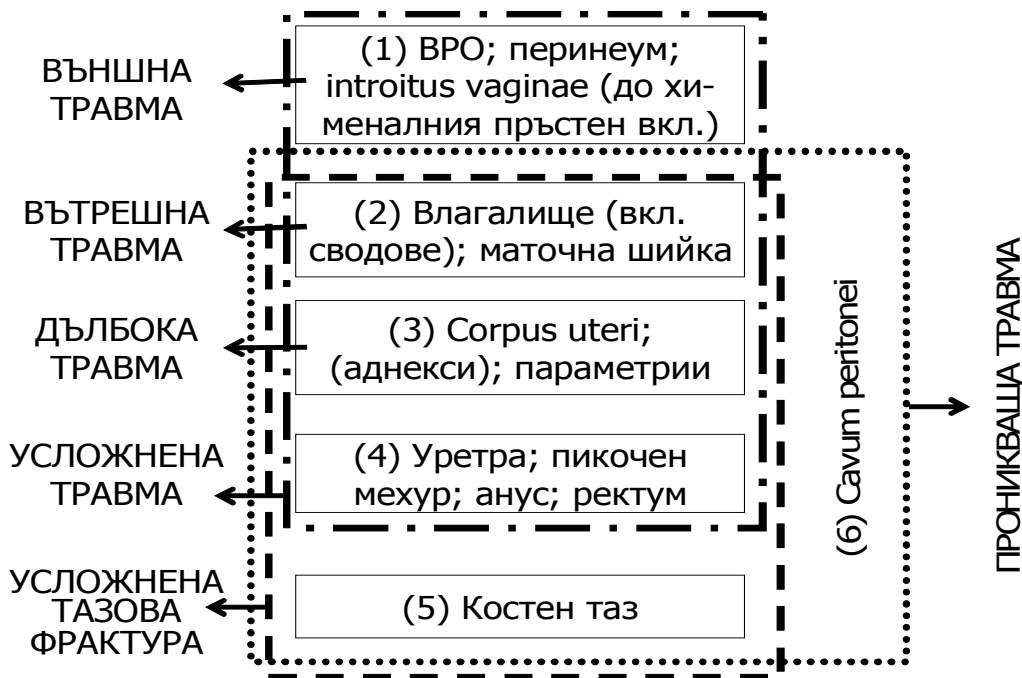


ГЕНИТАЛЕН ТРАВМАТИЗЪМ ПРИ ЖЕНАТА

Различните видове генитална травма са представени на фиг. 1.

Случаи с дълбока, усложнена и проникваща травма, както и с тазова фрактура, се третираат по правилата на съответните медико-хирургични специалности. Тежкият коремен травматизъм при жени в напреднала бременност е разгледан отделно (вж. по-долу).



Фигура 1: Видове генитална травма при жената (схема). ВРО = външни репродуктивни органи. Съчетание на (4) с (1-3) е “усложнена травма”. Съчетание на (5) с (2-4) е “усложнена фрактура”. Съчетание на (6) с (2-5) е “проникваща травма”.

Поведение при външна и вътрешна генитална травма

Към хирургична обработка на всички видове рани се пристъпва след съответно обезболяване. За шев на външните полови органи и перинеума обикновено е достатъчна локална инфилтрационна анестезия. Шев на влагалище се предприема с регионална проводна (спинална, епидурална) или краткотрайна обща анестезия.

Малките хематоми се третират с лед, понякога се налага тампонада. Големите хематоми подлежат на ревизия, хемостаза и дренаж. При рани от ухапване изрязваме увредената тъкан, промиваме обилно с дезинфектант и прилагаме тетаничен анатоксин. Сутури могат да се наложат с хемостатична цел, но не и за затваряне на дефекти, получени от ухапване. След 3-5 дни ревизираме раната. При масивни и замърсени охлузвания, както и при рани от ухапване, предписваме широкоспектърен антибиотик за 7 дни.

Лацерациите на външните полови органи и влагалището се зашиват под зрителен контрол. Достъп до проксималните участъци на влагалището се постига с помощта на валви. Ако, след налагане на сутурите, хемостазата остава под въпрос, можем да направим влагалищна тампонада. Тампонада се прави със стерилна марлена лента, напоена с физиологичен разтвор и след това изцедена. Желателно е за тампониране на

цялото влагалище да не се ползва повече от една лента. Обикновено това се постига с дължина на лентата 2-4 m. Тампонирането на влагалищната тръба става под контрол на валви (в краен случай – спекулум). Лентата се въвежда с инструмент без зъби, напр. анатомична пинсета или корнцанг. Въвеждането е системно (“горе-долу-ляво-дясно”), за да не останат пролуки. Веднага след тампонадата се поставя траен катетър в пикочния мехур, тъй като интравагиналната маса силно затруднява микцията. Лентата се вади най-рано след 8-ия и не по-късно от 24-ия час. Със сваляне на тампонадата се премахва и интравезикалният катетър.

При засягане на влагалищните сводове съществува риск от усложнена или проникваща травма. При съмнение за разкъсване на пикочния мехур правим катетеризация и съдим за целостта му по цвета на урината. Разкъсването на ректума се установява чрез ректално туширане. При съмнение за проникваща травма, ехографското изследване може да установи наличие на свободна течност в коремната кухина. Ако държим да се уверим, че свободната течност е кръв, въпросът се решава чрез коремна пункция или пункция на задния влагалищен свод.

Генитален травматизъм след сексуално насилие

При случаи на сексуално насилие, лекарят има две задачи: да помогне на пострадалата (медицински и психологически) и да помогне на правоприлагащите органи.

Прегледът на жена след сексуално насилие се извършва в гинекологично положение. Започваме с оглед на перинеума и външните полови органи (при нужда – с увеличителна оптика) и оглед на химена. За визуализиране на химена хващаме големите лабии с палец и показалец през марля и ги теглим в посока на коленете на пострадалата. При запазен химен не правим оглед със спекулум и тушираме *per rectum*. Резултатите от прегледа се протоколират. Преди и по време на прегледа събираме веществени доказателства, всяко от които поставяме в отделна опаковка, етикетирани с името на пострадалата, мястото, откъдето е получено веществено доказателство и името на лекаря. Изпращаме кръв за изследване (lues, HIV¹, хепатит В) в специализирана лаборатория. Същите тестове се повтарят след 6 седмици, а тестът за HIV¹ – и трети път, след 6 месеца. Положителни тестове непосредствено след инцидента означават, че инфекцията е настъпила преди него. Проба за бременност правим веднага и след 3-4 седмици. Положителна проба непосредствено след инцидента означава, че забременяването е настъпило преди него.

Ако се налага хирургична обработка на рани, тя се извършва по правилата. Ако не се налага такава, след прегледа правим влагалищна промивка с воден разтвор на антисептик. И в двата случая даваме на пострадалата съвети за стриктно спазване на интимната хигиена и предписваме антибиотична профилактика на полово-предаваните инфекции и спешна контрацепция.

Методите за спешна контрацепция са различни според времето, което е изтекло между половия акт и приложението на контрацептивно средство. Общо за всички тях е това, че ефективността им е по-ниска от редовната употреба на противозачатъчни средства. *Непосредствено след акта* предписваме 0.75 mg *d-Norgestrel* (Postinor-Duo, 2 табл. *per os* или Escapelle, 1 табл. *per os*). *До 72. час след акта* предписваме комбинация от 100 mg *Ethinyl oestradiol* и 1 mg *Levonorgestrel per os*. Тези две хормонални съставки в споменатата доза се съдържат в 4 таблетки от някои популярни перорални контрацептиви, напр. Microgynon. Същата доза се повтаря след 12 h. *До 5 денонощия*

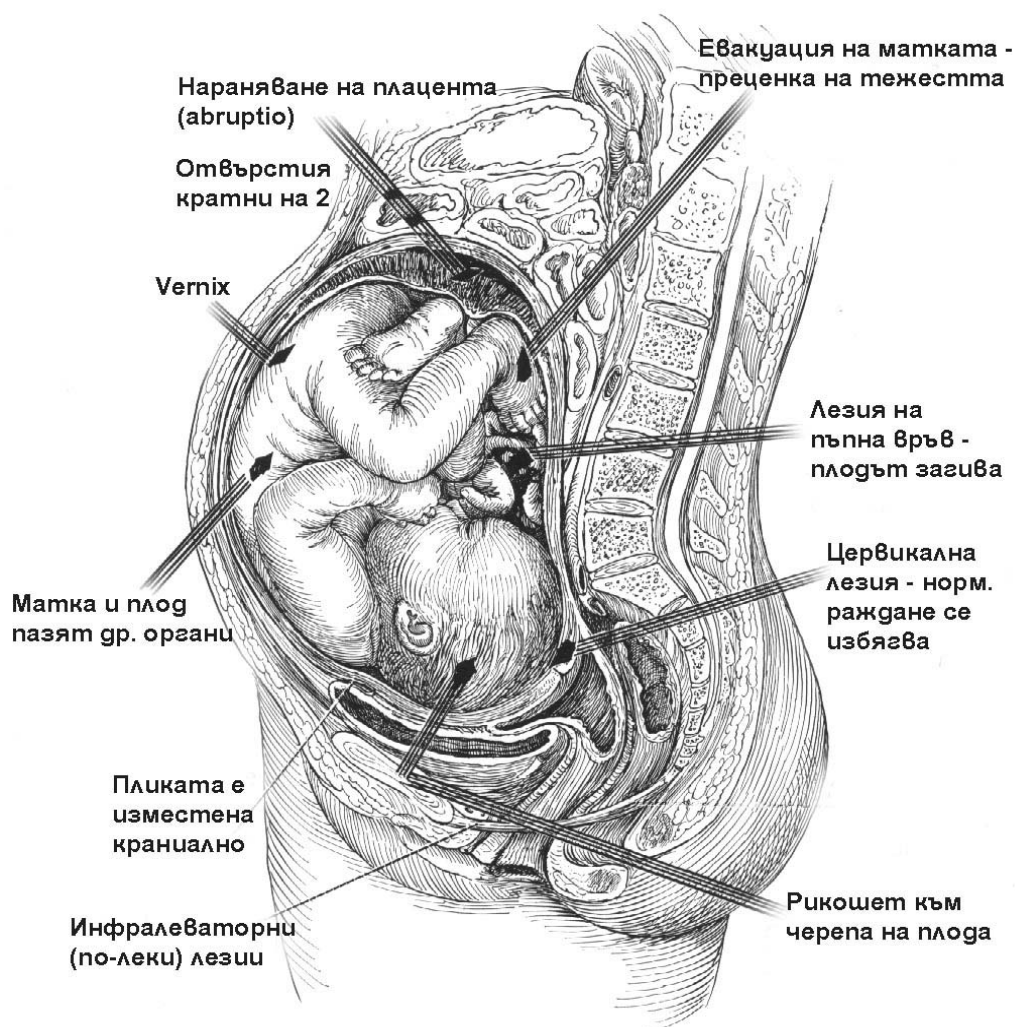
¹ Изследване за HIV се прави само по искане или с изричното съгласие на пострадалата или неин законен представител.

след акта най-сигурен противоимплантационен ефект се получава от въвеждане на вътрематочно средство (“спирала”).

Коремна травма при жени в напреднала бременност

При жени в напреднала бременност е възможно настъпване на травматизъм от всякакъв вид. Когато в обсега на травматичното въздействие е попаднала бременната матка, различаваме следните видове травматизъм: проникващи наранявания на матката, контузия на матката и *ruptura uteri violenta*¹. Проникващи рани на бременната матка могат да бъдат нанесени от хладно оръжие, проектили от огнестрелно оръжие и вторични проектили (например, при експлозия). Контузия на матката и *ruptura uteri violenta* са две степени на маточен травматизъм, причинен от автопроизшествия, падане от високо, премазване (*crush*) и др.под.

На фиг. 2 са изобразени някои от особеностите, признаците и последствията на проникващо (огнестрелно) нараняване на матка в напреднала бременност.



Фигура 2: Особенности, признаци и последствия на огнестрелните наранявания на матка в напреднала бременност (по D.H. Nichols, "Gynecologic and Obstetric Surgery", Mosby, 1993)

¹ Спонтанната *ruptura uteri intra (ante) partum*, която настъпва на мястото на маточен цикатрикс или по хода на пръстена на съкращение, е проблем на родилната помощ и се изучава в учебниците по акушерство.

На фиг. 2 се вижда, че бременната матка оказва предпазно въздействие върху останалите коремни органи. Тя играе роля на “възглавница” (air bag), поемайки и преразпределяйки енергията на травматичния агент. Освен това, тя измества другите органи (черва, черен дроб), които се оказват частично прикрити от нея и от ребрените дъги. Това дава основание за твърдението, че при травма на жена в напреднала бременност “реалните медицински загуби са по-малки от очакваните”. Проектилът може да причини пробив на черва. При възстановяване на такива пробиви трябва да се има предвид, че чревните дефекти са минимум два. Ако са повече, броят им е кратен на 2. Изместването на *plica vesicouterina* в краниална посока може да доведе до проникване на проектила в коремната кухина през входно отворствие, което би се преценило като твърде ниско в отсъствие на бременна матка.

Проектилът може да проникне и в матката. Ако засегне плацентата или нейното инсерционно място, се получава отлепяне (*abruptio placentae*), при което съдбата на плода е силно компрометирана. Сигурна смърт на плода причиняват проектили, които засягат негови жизненоважни органи (сърце, главен мозък, *пълна връв*). Това става както от самия проектил, чрез директно попадение или рикошет (например от тазова кост на майката), така и от костни фрагменти. Засягането на каудално разположени майчини органи (тъкани) е по-безопасно за плода. Това са т.нар. инфралеваторни лезии, разположени по-ниско от инсерцията на *mm. levatores ani*. Тези лезии, обаче, могат да засегнат меките родови пътища така, че раждането *per vias naturales* да е невъзможно.

Диагнозата и лечението при маточен травматизъм в състояние на напреднала бременност се подчиняват на едни и същи принципи, независимо от причината за възникване на травмата. Особено тежко протичат случаите с виолентна руптура на матката. Те причиняват незабавна смърт на плода и тежък шок на майката и безусловно подлежат на спешна лапарохистеректомия, подкрепена от мощна реанимация. В останалите случаи медицинският екип трябва най-напред да се ориентира в четири диагностични направления: прогноза на коремните рани, разпознаване на проникващо нараняване на бременната матка, наличие (отсъствие) на раждане и състояние на плода.

Преценка на коремните рани се прави по правилата на общата хирургия. Проникващо нараняване на бременната матка се разпознава по това, че от входното отворствие изтича околоплодна течност. Тя може да бъде бистра, зеленикава, кръвениста или жълто-кафява. Характеризира се с наличие на *vernix caseosa* и влакннца *lanugo*. За наличие (отсъствие) на раждане съдим по акушерския статус. При раждане в ход, вагиналният преглед установява различна степен разширение (разкритие) на маточната шийка и приближаване (слизване) на предлежащата част към изхода на таза. Маточни контракции на всеки 3-4 min, траещи по-дълго от 20 sec също са белег за започнало раждане, независимо дали са болезнени или не. Основен показател за състоянието на плода са детските сърдечни тонове. Те могат да бъдат нормални (120-160 удара в min), учестени (над този диапазон), забавени (под този диапазон) или липсващи. При липсващи тонове плодът най-вероятно е загинал. При абнормна честота на тоновете плодът е в състояние на вътреутробно страдание, което е по-тежко при забавени, отколкото при ускорени тонове. Показател не толкова за състоянието, колкото за извънутробната жизнеспособност на плода е височината на *fundus uteri*, установена чрез палпация през коремната стена. При *fundus uteri* на нивото на пъпа или по-ниско можем да приемем, че плодът е непригоден за самостоятелен извънутробен живот. По-прецизни данни за състоянието и перспективността на плода получаваме от ехографското изследване, ако разполагаме със съответната апаратура и компетентен ехографист.

Комбинацията на гореописаните параметри ни дава няколко възможни ситуации (табл. 1):

Таблица 1: Възможни ситуации при коремна травма на жена в напреднала бременност и поведение при тях

Прогноза на коремните рани	Засягане на матката	Предстоящо раждане	Състояние на плода	П О В Е Д Е Н И Е
Добра	НЕ	НЕ	Незрял (нежизнеспособен)	1. Възстановяване на коремните рани 2. Преценка за доизносване на бременността или изпразване на матката чрез цезарово сечение ± хистеректомия
Добра	Без значение	НЕ	Жив и жизнеспособен	1. Изпразване на матката чрез цезарово сечение ± хистеректомия 2. Възстановяване на коремните рани
Резервирана или лоша	Без значение	НЕ	Незрял (нежизнеспособен)	1. Изпразване на матката чрез цезарово сечение ± хистеректомия 2. Възстановяване на коремните рани
Без значение	Без значение	ДА	Без значение	1. Изпразване на матката чрез вагинално раждане (ако е допустимо и възможно). В противен случай – цезарово сечение ± хистеректомия 2. Възстановяване на коремните рани
Без значение	Без значение	НЕ	Мъртъв	1. Изпразване на матката чрез цезарово сечение ± хистеректомия 2. Възстановяване на коремните рани

Анализът на поведението при така описаните ситуации показва, че по принцип изпразването на матката: (а) може да бъде или да не бъде последвано от хистеректомия, в зависимост от конкретните обстоятелства; (б) предхожда другите хирургични намеси. Изключение представляват случаите на коремни наранявания с добра прогноза, при които матката не е засегната, раждането не е предстоящо, а плодът е незрял (нежизнеспособен). В тези случаи лечението започва с възстановяване на коремните наранявания, а за изпразване или неизпразване на матката се мисли след това.