

Urgentna (nujna) stanja v ginekologiji

UDK 618.1-08-039.74

EMERGENCIES IN GYNECOLOGY.
Emergencies in gynecology including diseases and traumas which cause severe external and internal bleeding associated with acute abdominal symptoms as well as septic complications and severe forms of gestosis are briefly reviewed. The physician attending the patient on the outpatient basis will greatly contribute to the success of treatment by making use of his knowledge of pathology and pathophysiology of these conditions, by establishing the orientation diagnosis, delivering first medical aid and providing for an adequate and timely transport to the hospital.

POVZETEK. *Pregledno so prikazana nujna stanja v ginekologiji. Obravnavana so tista ginekološka obolenja in poškodbe, ki povzročajo zunanje in notranje krvavitve, ki potekajo z akutnimi abdominalnimi simptomi, ginekološka septična stanja in hude oblike gestoz. S poznavanjem patologije, hitro orientacijsko diagnozo, pravilno triažo, prvo zdravniško pomočjo ter s strokovnim in pravočasnim transportom bo zdravnik zunaj bolnišnice veliko prispeval k uspešnemu zdravljenju obolelih.*

Veliko je ginekoloških obolenj, ki zahtevajo nujno zdravniško pomoč. Zdravnik, ki se z njimi sreča, mora v pomanjkanju časa, laboratorijskih in terapevtskih možnosti, često sam in morda neizkušen, hitro dojeti bistvo patološkega dogajanja in pravilno ukrepati.

Med nujne ginekološke primere sodijo ginekološka obolenja in poškodbe rodil, ki izven ali pa v nosečnosti povzročajo močne zunanje in notranje krvavitve, obolenja, ki dajejo sliko akutnega abdomna, ginekološka septična stanja in težke oblike gestoz.

Zaradi številnih možnih komplikacij pri materi in pri otroku sodi vsak porod med nujne primere in zato v porodnišnico. Obravnavanje urgentnih stanj ob porodu bi daleč preseglo okvir tega sestavka.

ZUNANJE KRVAVITVE IZ ŽENSKIH RODIL

Neredne in prekomerne krvavitve iz ženskih rodil so zelo pogoste. Najpogosteje gre za krvavitve iz maternice. Podaljšano in profuzno krvavitev iz maternice ob času menstruacije imenujemo menoragijo, krvavitev izven rednega menstruacijskega ciklusa pa metroragijo.

Te krvavitve so včasih tako močne, da je možna izkrvavitev (v veliki večini primerov pa krvavitve iz rodir ne vznemirjajo zaradi količine izgubljene krvi, ampak zato, ker je vsaka takšna krvavitve lahko prvi znak rakastega obolenja, v nosečnosti pa prvi znak nepravilnega poteka nosečnosti).

Diferencialno diagnostično domnevamo pri krvavitvah iz ženskih rodir na:

1. **nosečnosti komplikacije;**
2. **organske spremembe v maternici in v nožnici;**
3. **disfunkcionalna stanja** (kjer krvavi zaradi nepravilne hormonalne stimulacije endometrija);
4. **poškodbe nožnice in notranjih genitalij;**
5. **splošna obolenja** (predvsem bolezenske, pa tudi iatrogene hipokoagulibilnost krvi).

Krvavitve v nosečnosti

Pri ženskah v generativnem obdobju moramo v primeru genitalne krvavitve vedno pomisliti na nosečnostne komplikacije. Ker zdrava nosečnica ne krvavi, so vse krvavitve med nosečnostjo nepravilne. Vzroki krvavitve v prvi polovici nosečnosti in vzroki v pozni nosečnosti so različni. Zato obravnavamo krvavitve v zgodnji nosečnosti in tiste v pozni ločeno. Tudi organske spremembe na maternici (npr. karcinom) so lahko vzrok krvavitvam med nosečnostjo. V zvezi z nosečnostjo je treba omeniti še nevarne puerperalne krvavitve.

Krvavitve v zgodnji nosečnosti (10 odstotkov vseh nosečnosti)

V primeru krvavitve v zgodnji nosečnosti pomislimo na splav, ektopično nosečnost in na trofoblastno obolenje. Te krvavitve navadno spremlja bolečina (zaradi kontrakcij maternice ali ektopičnega sedeža nosečnosti).

Splav

Najpogostejši vzrok za krvavitve v zgodnji nosečnosti je splav. Pri splavu nastanejo zelo močne in nevarne krvavitve. Poleg krvavitve — ta je lahko neznatna ali pa silovita — sta za splav značilna še dva znaka: predhodni izostanek perila in bolečine v spodnjem delu trebuha (intermitentne kolike).

S pregledom v spekulih in z bimanuelno ginekološko preiskavo ugotavljamo velikost in konsistenco maternice ter presodimo, ali je cervikalni kanal zaprt ali pa je deloma odprt. Če je cervikalni kanal delno odprt, skušamo presoditi, ali se je jajce že deloma ali v celoti porodilo ali pa se šele poraja. V primeru zelo močnih krvavitve bomo našli abortus in tractu ali pa inkompletni splav.

Pogosto je nožnica polna krvavih strdkov. Maternica je navadno tonizirana in ustrezno ali neustrezno povečana.

Diagnoze splava potrdimo, če v iztrebljenem tkivu najdemo plod ali pa dokažemo placento oziroma horialne resice, ki v vodi značilno flotirajo (Lavrič 1954).

Zunaj bolnišnice se nam včasih posreči zelo močno krvavitev zmanjšati s tem, da digitalno odstranimo placento iz cervikalnega kanala. V bolnišnici zaustavimo krvavitev z abrazijo in uterotoniki.

Kadar v primeru splava ugotovimo, da je uterus večji, kot to ustreza času izostanka menstruacije, pomislimo na trofoblastno obolenje (molo hidatidozo, horionepiteliom). Diagnozo mole hidatidoze potrdimo, če med krvjo najdemo delce mehurčasto spremenjene placente. V zdravstveni organizaciji postavimo diagnozo s pomočjo ultrazvoka. Nosečnost prekinemo z vakuumskim aspiratorjem.

Nenadna in tako silovita zunanja krvavitev, da ženska lahko v nekaj minutah umre, lahko nastane zaradi splava v primeru cervikalne nosečnosti (kadar se jajce vgnezdi v cervikalnem kanalu namesto v korporealnem delu maternice — zelo redka oblika ektopične nosečnosti..

Krvavitev lahko izzovemo s pregledom, kjer tipljemo, da je cervikalni kanal bombiran, korpus pa se zdi kot majhna trda rezistenca, ki sedi na tem velikem cerviksu. Podoben palpatorni izvid najdemo v primeru cervikalnega splava, kjer se je jajce porodilo iz korpusa v cerviks. V tem primeru ni nevarnosti močne krvavitve.

Kadar sumimo na cervikalno nosečnost, je potrebna takojšnja hospitalizacija.

V primeru močne zunanje krvavitve zaradi cervikalne nosečnosti pa žensko lahko reši le nujen prevoz v bolnišnico, kjer moramo napraviti histerektomijo.

Izvenmaternična nosečnost

Zunanja krvavitev je eden od značilnih simptomov izvenmaternične nosečnosti, kjer se vsak trenutek lahko pojavi nenadna, evolutivna, dramatična notranja krvavitev. Zato moramo v primeru krvavitve v zgodnji nosečnosti vedno pomisliti na možnost izvenmaternične nosečnosti.

Za izvenmaternično nosečnost je značilna črnikasta, temna, malenkostna krvavitev, ki se začne po prehodnem izostanku menstruacije za nekaj dni ali nekaj tednov. Krvavitev vztraja; za kakšen dan včasih preneha, nato pa se ponovno začne. Le včasih je v primeru izvenmaternične nosečnosti zunanja krvavitev močnejša in pomislimo na menstruacijo, disfunkcionalno krvavitev ali celo na inkompletni splav.

Dokler ni izrazitih simptomov, je prav lahko zamenjati spontani splav in izvenmaternično nosečnost. V obeh primerih najdemo amenorejo, povečano maternico in krvavitev iz nje. Zato tudi manjših genitalnih krvavitve v zgodnji nosečnosti ne gre podcenjevati.

Več o izvenmaternični nosečnosti v odstavku o akutnem abdomnu in notranjih krvavitvah.

Krvavitve v pozni nosečnosti

Krvavitve v pozni nosečnosti nastopajo v 3 odstotkih vseh nosečnosti.

Najpogostejša vzroka sta placenta previa in abrupcija placente. Ogroženo je življenje matere in otroka (Eastman 1970).

Vsak zdravnik, pa tudi vsaka izkušena ženska, pozna resnost krvavitve iz rodil v pozni nosečnosti. Le-ta je znak za alarm in zahteva takojšnjo hospitalizacijo (Naujoks 1957).

Placenta previja

Placenta previja je lokalizirana nizko v uterusu, tako da z robom sega do notranjega materičnega ustja ali pa ga delno ali v celoti prekriva.

Najbolj značilna za placento previjo je zunanja krvavitev. Navadno se krvavitev pojavi v sedmem lunarnem mesecu nosečnosti, lahko prej (celo v prvi polovici nosečnosti) ali pa pozneje (včasih se prvič manifestira šele ob porodu).

Krvavitev se često pojavi nenadoma. Poprej nosečnice navadno nimajo nobenih težav. Včasih krvavitev nosečnico preseneti v spanju. Ženska se prebudi v mlaki krvi.

Zelo redko, če sploh kdaj, je začetna krvavitev tako močna, da bi bila lahko za žensko usodna. Prva krvavitev je navadno le svarilno znamenje. Spontano preneha, če ne posežemo vmes z nevarno notranjo porodniško preiskavo (Eastman 1970).

Nosečnico moramo čimprej prepeljati v porodnišnico. Ordiniramo spazmolitike in po potrebi infuzijo ali celo transfuzijo.

V bolnišnici nadomestimo izgubljeno kri. Bolnica mora nekaj dni strogo ležati in dobivati spazmolitike in tokolitike, nato lahko vstane. Placento previjo diagnosticiramo s pomočjo ultrazvoka. V primeru, da dokažemo placento previjo, traja hospitalizacija do poroda.

Krvavitev običajno preneha in se spet pojavi, ko jo najmanj pričakujemo. Lahko pa ima ženska dolgo blago zunanjo krvavitev. Takšna kontinuirana krvavitev žensko tako oslabi, da je lahko že manjša dodatna krvavitev smrtno nevarna (zato moramo v bolnišnici sproti nadomeščati izgubljeno kri).

Najpomembnejši dejavnik perinatalne smrtnosti otrok pri placenti previji je nedonošenost. Zato s porodom odlašamo, dokler plod ne dozori. Le izjemoma moramo zaradi močnih ponovnih krvavitev porod končati prej (Eastman 1970).

Za način poroda se odločimo glede na izvid notranje porodniške preiskave. Notranja porodniška preiskava je v primeru placente previje dovoljena le v operacijski sobi, takrat, ko je vse pripravljeno za carski rez in imamo pri roki kri. Še tako nežna notranja porodniška preiskava namreč lahko v primeru, da gre za placento previjo, sproži burno krvavitev. Iz povedanega je razumljivo, zakaj z notranjo porodniško preiskavo odlašamo, dokler se nismo odločili porod končati.

Abrupcija placente

Pojavlja se v različnih inačicah, zato povzroča v diagnostiki težave. Pogosto se pojavi v primeru težje toksemije.

Gre za predčasno ločitev pravilno ležeče posteljice. Nastopi notranja krvavitev. Del ali celotna površina placente se loči od stene maternice, zadaj pa

nastaja hematom. Pri tem je lahko zunanja krvavitev močnejša, neznatna ali pa je sploh ni.

Istočasno z ločitvijo placente nastopijo bolečine v predelu uterusa. Stena uterusa je napeta (tetanična kontrakcija), v težjih primerih trda kot deska. Če plod odmre, njegovi srčni utripi niso več slišni.

Nastane lahko hemoragični in bolečinski šok. Temu se lahko pridruži še diseminirana intravaskularna koagulacija in zaradi afibrinodenemije grozijo nevarne krvavitve v tretji porodni dobi. Na drugi strani grozi anurija zaradi tabularne in kortikalne nekroze ledvic.

Prognoza obolenja je ugodnejša, če je diagnoza pravočasna. Zato moramo dobro poznati za abrupcijo placente značilno klinično sliko. Nosečnica postaja vse bolj bleda, čeprav malenkostno ali pa sploh nič ne krvavi navzven; toži o bolečinah, maternico pa ima trdo kot desko (Naujoks 1957).

Potreben je takojšen prevoz v bolnišnico. Čimprej je treba prekiniti nosečnost, bodisi s carskim rezom, bodisi vaginalno, če je to v kratkem času mogoče.

Ruptura uterusa v nosečnosti

Je izredno redka. Pojavi se po predhodnih operacijah na uterusu. Poteka pod sliko akutne notranje krvavitve in hemoragičnega šoka. Plod odmre, njegove dele pa je mogoče tipati tik pod trebušno steno. Grozi izkrvavitev. Pri tem ženska malo ali pa sploh ne krvavi navzven.

Drugi vzroki za krvavitve v (pozni) nosečnosti

Krvavitve iz marginalnega sinusa placente, iz varic v nožnici, iz benignih in malignih sprememb na cerviksu diagnosticiramo v bolnišnici, potem, ko smo izključili placento previjo. Vse te krvavitve pošljemo takoj v porodnišnico pod sumom na placento previjo.

Puerperalne krvavitve

Kljub skrbnemu pregledovanju posteljice po porodu so le-te relativno pogoste. Potekajo dramatično. Krvavitev je navadno tako močna, da kljub kratki anamnezi sprejmemo težko šokirane otročnice. Stalni spremljevalec teh krvavitvev je subinvolucija uterusa (v primeru normalne involucije se uterus spusti v desetih dneh po porodu od popka do simfize) Vzrok nastanka teh močnih krvavitvev je tako imenovani placentarni polip. Ta nastane, če se del zaostale posteljice organdneh po porodu od popka do simfize). Vzrok nastanka teh močnih krvavitvev je vnetje posteljčinega ležišča. Krvavitve se pojavijo nekaj dni do nekaj tedno po porodu. Potreben je prevoz v ginekološko ustanovo, kjer z abrazijo in uterotoniki zaustavimo krvavitvev.

Krvavitve izven nosečnosti

Včasih je težko razlikovati, ali gre za nosečnostne krvavitve ali za krvavitve izven nosečnosti. Tako anamneza kot tudi ginekološka preiskava nas lahko pustijo v dvomih. Tudi v bolnišnici je klinična diagnoza včasih težka in jo pojasnijo šele histološke in druge objektivne preiskave.

Krvavitve zaradi organskih obolenj maternice in nožnice

Miomi uterusa, posebno submukozni, so najpogostejši vzrok zelo močnim krvavitvam izven nosečnosti. Močne metroragije lahko nastanejo zaradi endometrioze uterusa. Endometrialni polipi navadno povzročajo malenkostne krvavitve, včasih pa tudi zelo močne metroragije (Hilson 1975).

Vedno moramo pomisliti tudi na možnost napredovanega karcinoma uterusa (cerviksa ali korpusa). Tudi pri napredovanem karcinomu nožnice nastanejo lahko močne krvavitve.

Zunaj bolnišnice postavimo diagnozo na osnovi pregleda v spekulih in z bimanuelno ginekološko preiskavo. To je možno, kadar so spremembe izrazite ali pa so vidne na porciji ali v nožnici. Vedeti pa moramo, da jakost krvavitve često ni v sorazmerju z velikostjo patološke spremembe (majhen submukozni miom, ki ga ne moremo otipati, lahko povzroči močnejše krvavitve kot velik miom, ki ga lahko opazimo že pri inspekciji).

V vseh teh primerih lahko s tamponado nožnice pred transportom začasno zaustavimo krvavitev.

Disfunkcionalne krvavitve

Disfunkcionalne krvavitve so najbolj pogostne v juvenilnem in v perimenopavzalnem obdobju ženske. Krvavitve navadno niso zelo močne, pač pa so dolgotrajne in povzročijo težke anemije. Zaradi nastale anemije že manjše nadaljnje izgube krvi lahko postanejo nevarne.

Poškodbe ženskih genitalij

Kadar se pri defloraciji himen raztrga, lahko nastanejo močnejše krvavitve. Izguba krvi je lahko tolikšna, da je potrebna transfuzija. Včasih je dovolj tampónada nožnice oziroma krvavečega mesta, včasih pa moramo narediti hemostatski šiv.

Pri koitusu nastanejo lahko poškodbe tudi drugod v nožnici. Ruptura vaginalne stene navadno močno krvavi. Rupture segajo lahko tudi v okolišnje organe: mehur, rektum, prosto trebušno votlino. Lahko izpade črevo. Take poškodbe srečujemo v primeru posilstev ter pri zelo mladih deklicah in starkah, pri katerih je nožnica atrofična. Te ženske navadno krvavitve slabo prenašajo.

Tudi zaradi poškodb pri splavu lahko nastanejo močne krvavitve.

Ob koitalnih in abortalnih poškodbah srečujemo še poškodbe rodil z zašiljenimi predmeti in s strelnim orožjem. Do poškodb pride tudi zaradi prometnih

nesreč. Vse zahtveajo čimprejšnji prevoz v bolnišnico in oskrbo po splošno veljavnih kirurških načelih. Tuje predmete odstranimo iz nožnice zaradi nevarnosti krvavitve šele v bolnišnici (Simič 1976).

Postopek pri močnih krvavitvah iz ženskih genitalij

Zunaj bolnišnice lahko opravimo le triažo in poskrbimo za **pravočasen strokovni prevoz** nujnih primerov v bolnišnico za ginekologijo. Pri odločitvi upoštevamo verjetno diagnozo, splošno stanje bolnice in približno oceno izgubljene krvi.

V primeru hemoragičnega šoka damo bolnici **infuzijo** (npr. Haemaccel 400 ml), **kisik, kortizonske preparate**. Bolnico položimo v **Trendelenburgov položaj** ter z dvigom spodnjih okončin omogočamo avtotransfuzijo.

Kiretaža je zunaj bolnišnice — brez krvi in brez operacijske dvorane — tvegan poseg in jo zato odsvetujemo. Za zaustavitev krvavitve v določenih primerih tesno tamponiramo nožnico. Glede na vzrok krvavitve prihajajo za njeno zaustavitev v poštev tudi **uterotoniki** (Methergin, Gynergen) ter dajanje ledu na spodnji del trebuha. Pri tem še enkrat ponavljam, da žensk v drugi polovici nosečnosti ne smemo notranje pregledovati, kaj šele tamponirati nožnico.

GINEKOLOŠKI AKUTNI ABDOMEN

V ginekologiji se pogosto srečujemo z akutnimi obolenji v trebuhu. Na eni strani gre za:

- I. **akutna ginekološka obolenja** (izven in v nosečnosti); na drugi pa za:
- II. **akutna »kirurška« obolenja**, kadar se pojavijo med nosečnostjo.

Akutna ginekološka obolenja izven in v nosečnosti

Slika akutnega abdominalnega obolenja dajejo naslednja ginekološka obolenja:

1. izvenmaternična nosečnost;
2. akutna vnetja maternice in adneksov (kadar infekt prehaja na peritonej);
3. komplikacije z zvezi s pelvičnimi tumorji (torzija, nekroza, ruptura, notranja krvavitev, obstrukcija črevesa);
4. notranja krvavitev iz rupturiranega folikla;
5. poškodbe notranjih genitalij;
6. kriptomeneja zaradi razvojnih nepravilnosti genitalij;
7. hiperstimulacija ovarijev (iatrogena komplikacija);
8. v pozni nosečnosti: abrupcija placente, ruptura uterusa (glej odstavke o krvavitvah!).

Diferencialna diagnoza med akutnimi abdominalnimi obolenji, kot so apendicitis, ileus, inkarcerirana kila, perforirani želodčni ulkus, holelitiaza, in med akutnimi ginekološkimi obolenji, včasih ni lahka. V nekaterih primerih diagnozo pojasni šele laparotomija (Lavrič 1954).

Čeprav velja, da moramo bolnice z akutnimi abdominalnimi obolenji takoj napotiti v bolnišnico, je treba opozoriti na nekatere značilnosti obolenj v medenici.

Izvenmaterna nosečnost

Izvenmaterna nosečnost je pogosta. Pojavi se enkrat na 80 rojstev. Kljub pogostnosti pri nas izvenmaternične nosečnosti ne srečujemo več med vzroki smrti. Še vedno pa se srečujemo z dramatičnimi primeri perakutnih notranjih krvavitev.

Ko govorimo o izvenmaternični nosečnosti, mislimo navadno na tubarno nosečnost.

Tubarna nosečnost se konča v prvih tednih oziroma v prvih treh mesecih (navadno med šestim in desetim tednom) nosečnosti. Izjemoma se lahko konča pozneje.

Potek izvenmaternične nosečnosti je odvisen od tega, v katerem delu jajcevoda se jajce vgnezdi.

Če se vgnezdi v istmičnem ali intersticijskem delu jajcevoda, nastane navadno ruptura tube. Če pa se implantira v ampularnem delu tube, se praviloma nosečnost konča kot tubarni splav.

V primeru rupture tube nastane akutna notranja krvavitev, pri čemer lahko ženska v 1—2 urah notranje izkrvavi (Novak 1960).

V primeru tubarnega splava se jajce loči od stene jajcevoda, potem pa ga jajcevod skupaj s krvjo iztisne v trebušno votlino. Če se pri tem poškoduje večja žila, lahko nastane masivna notranja krvavitev, sicer pa nastane manjša notranja krvavitev, ki preneha, ko se jajce rodi v trebušno votlino. Proces ločevanja jajca od stene jajcevoda je lahko hiter in takrat se klinična slika tubarnega splava razvije akutno, navadno pa je proces dolgotrajen. Jajce se ločuje deloma in postopno. Del trofoblasta je še vedno funkcionalen. Kri priteka skozi abdominalni ostij tube in se zbira v okolici tube v Douglasovem prostoru. Vijuge črevesa in omentum se zlepijo z uterusom, tubo in ovarijem ter kri zagradijo. Nastane retrouterina hematokela. Tubarni splav lahko traja 2—4 tedne. Zaradi poškodbe večje žile lahko medtem pride vsak trenutek do akutne masivne notranje krvavitve.

Simptomi:

a) v primeru rupture je začetek dramatičen. Ženska, ki meni, da je noseča (saj ji je pred dnevi ali tedni izostalo perilo — včasih še niti ni prišel čas rednega perila — redkokdaj izostane perilo dvakrat), začuti nenadno hudo bolečino v trebuhu — kot sunek z nožem. Nato hitro blede, toži o bolečinah v spodnjem trebuhu in rami (simptom frenikusa, zaradi razlite krvi, kadar sega do diafragme), kolabira. Krvni pritisk pade. Koža in sluznica sta blede. Pulz je hiter in mehak. Temperatura je nizka. Pri tem je krvavitev iz vagine minimalna ali pa je sploh ni.

Brez pomoči bi ženska zaradi notranje izkrvavitve v 1—2 urah umrla.

b) Pri tubarnem splavu je potek navadno počasnejši. Ženska se počuti bolna, vendar včasih še dneve in tedne opravlja svoje delo (Novak 1960). Po izostanku perila (oziroma slabši in krajši menstrualni krvavitvi) se pojavijo znaki zgodnje

nosečnosti (slabost, napetost v prsih). Kmalu se začno težave. Najprej toži o pritisku in neprestani topi bolečini v spodnjem delu trebuha (predvsem na strani izvenmaternične nosečnosti). Pozneje se začno krčevite bolečine, ki prihajajo v napadih, prav tako na eni strani v hipogastriju.

Bolečinam sledi krvavitev iz vagine. Kri je temna — ženska nenehno po malem krvavi. Značilno je, da krvavitev ne preneha niti po abraziji, ki jo včasih napravimo zaradi napačne diagnoze (zaradi krvavitve ali pa, ker ženska želi splav). Krvavitev ne preneha niti po hormonalni terapiji. Včasih pa zunanje krvavitve sploh ni.

S krvjo se včasih iztrebi nekaka koža — decidua in napačno se nam lahko dozdeva, da gre za spontani splav (histološki pregled nas pouči, da gre za deciduo brez horialnih resic (Novak 1960).

Napadi bolečin s presledki trajajo lahko po več tednov (dokler traja splav). Bolnica postaja vedno bolj anemična. Pojavljajo se občasne vrtooglavice. Čeprav je možna spontana ozdravitev, moramo vedeti, da se slika počasi potekajoče izvenmaternične nosečnosti vsak hip lahko spremeni v sliko akutne, nevarne notranje krvavitve (Rainer 1978).

Diagnoza:

Diagnoza zelo zgodnje izvenmaternične nosečnosti je praktično nemogoča. Nanjo lahko sumimo, če je bila ženska že operirana zaradi izvenmaternične nosečnosti ali pa se je zdravila zaradi vnetij, sterilnosti in če ji je izostalo redno mesečno perilo.

Kasneje, ko se pojavi bolečina in krvavitev iz uterusa, je diagnoza lažja. Vendar je prav lahko zamenjati spontani splav in izvenmaternično nosečnost. V obeh primerih najdemo amenorejo, povečan uterus in krvavitev iz uterusa (Novak 1960).

a) Diagnoza rupture tube in masivne notranje krvavitve je navadno lahka. Simptomi so jasno izraženi. Poleg že opisanih anamnestičnih podatkov in splošnih znakov najdemo pri pregledu napet in meteorističen trebuh, ki je občutljiv posebno v spodnjem delu. Značilen je prožni défense. Če je v trebuhu veliko krvi, perkutorno ugotovimo zamolkline, v sredini pa timpanizem (meteoristično črevo). Poklep je boleč.

Ginekološki pregled je zaradi velike občutljivosti, napete trebušne stene in slabeda splošnega stanja često težaven in nejasen. Douglasov prostor je občutljiv tako, da se ženska zaradi bolečine pregledu izmika. Prav tako boleče je premikanje porcije.

V spekulih je sluznica bledolividna. Ugotovimo krvavitev iz uterusa.

Prav to, da razen velike lokalne občutljivosti ter napetosti trebušne stene z ginekološko preiskavo ne ugotovimo ničesar, je ob ustrezni anamnezi in splošnemu stanju bolnice patognomonično (Novak 1960).

b) V primeru tubarnega splava s podaljšanim potekom so splošni in lokalni znaki manj izraziti.

Z ginekološko preiskavo ugotovimo, da je uterus povečan, v predelu adneksov pa lahko najdemo različno veliko, nejasno omejeno, podolgovato, občutljivo

rezistenco. Ko nastaja hematokela, lahko ugotovimo, da se Douglasov prostor boči skozi forniks vagine. V spekulih ugotovimo rahlo, včasih pa tudi močnejšo krvavitev iz uterusa.

Na laboratorijske preiskave se ne moremo kaj prida zanašati. Pozitivna nosečnostna reakcija potrди diagnozo nosečnosti. Negativna je ne izključuje. Krvne vrednosti včasih le malo povedo o izgubi krvi. Visoka levkocitoza in sedimentacija ne izključujeta izvenmaternične nosečnosti.

Diferencialno diagnostično mislimo na splav, salpingitis, apendicitis, torzijo cist, rupturo folikla, urolitiazio, uroinfekt . . .

Kadar sumimo na izvenmaternično nosečnost, žensko takoj pošljemo v bolnišnico. Tam diagnozo potrdimo s punkcijo Douglasovega prostora. Kadar dobimo pri punkciji kri s koaguli, vemo, da gre za notranjo krvavitev. Ta je ob ustreznih anamnezi in fizikalnem izvidu patognomonična za izvenmaternično nosečnost. Žensko je treba čimprej operirati in zaustaviti notranjo krvavitev.

Zapomniti si moramo, da je v primeru bolečin in krvavitev pri ženskah v generativni dobi vedno treba pomisliti na izvenmaternično nosečnost.

Pelveoperitonitis

Infekt se z adneksov (piosalpink — tuboovarialni absces) lahko razširi na pelvični peritonej — nastane pelveoperitonitis. Kadar pelveoperitonitis nastane zaradi genitalne infekcije, se infekt navadno omeji na malo medenico in ne nastane difuzni peritonitis. Zato je zdravljenje plevoperitonitisa zaradi genitalne infekcije konservativno, medikamentozno.

Simptomi:

Klinična slika se navadno razvije po prodromih nejasnih pelvičnih bolečin, močnejšega belega toka in disuričnih težav.

Zelo pogosto se začne po porodu, po menstruaciji, po splavu ali po katerikoli ginekološki intervenciji. Adneksitis rad recidivira. Pogosto najdemo anamnestične podatke o kroničnem adneksitisu. Na adneksitis pomislimo tudi tedaj, ko je ženska zaščitena z materničnim vložkom.

Vročina in bolečina sta najbolj značilna simptoma. Temperatura 39,0, 40° C ni redkost. Pogosta je mrzlica.

Bolečina je izrazita in se občasno stopnjuje do pravih kriz. Lokalizirana je nizko v hipogastriju, ingvinalno, sakroiliakalno.

Ženski je slabo, lahko tudi bruha, je zaprta ali napeta. Pekoče imperativne mikcije nas lahko zavedejo do napačne diagnoze uroinfekta.

Bolnica stoji sključena v antalglični drži ali pa leži z upognjenimi koleno. Je prizadeta, včasih bleada, včasih pa z vročično rdečico na obrazu.

Abdomen je močno občutljiv na dotik v hipogastriju, kjer je trebušna stena napeta (muskularni défense). Navzgor proti mazogastriju občutljivost in napetost pojenjmeta.

Pri pregledu v spekulih bomo našliv vagini vnetne spremembe z gnojnim izcedkom iz cervikalnega kanala.

Z vaginalnim pregledom ugotovimo izredno občutljivost forniksov na dotik in porcije na premik. Bolečina, ki jo s pregledom izzovemo, ter napetost trebušne stene nizko v spodnjem trebuhu preprečujeta natančnejšo palpacijo notranjih genitalij. Šele, ko se infekt umiri, tipljemo nejasno omejene, slabo premakljive in občutljive adneksalne tumorje, v Douglasovem prostoru pa morda absces, ki se boči skozi zadnji forniks (Lavrič 1954).

Ponavadi najdemo levkocitozo in visoko sedimentacijo.

Včasih je težko razlikovati med akutnim adneksitisom in akutnim apendicitisom.

Obojestranska lokalizacija bolečin govori ob ustrezni anamnezi bolj za adneksitis kot za apendicitis. Vedeti pa moramo, da razlit slepič povzroči pelveoperitonitis in so tudi tedaj bolečine obojestranske.

Ugotoviti moramo punktum maksimum občutljivosti in napetosti trebušne stene. Občutljivost, ki leži niže od Mc Burneyeve točke in se povečuje proti mali medenici, govori ob ustrezni anamnezi z veliko verjetnostjo za adneksitis. Ne smemo pa pozabiti, da slepič včasih leži v mali medenici, v bližini adneksov, v vezikouterini ekskavaciji ali celo globoko v Douglasovem prostoru (pelvični apendiks) (Lavrič 1954).

Temperatura, levkocitoza in sedimentacija nas v diferencialni diagnostiki puščajo na cedilu (Rainer 1978).

Medtem, ko je pri adneksitisu zdravljenje konservativno (kjer je nevarnost peritonitisa majhna), pa je opustitev operacije v primeru akutnega apendicitisa lahko smrtno nevarna. Zato se v nejasnih primerih odločimo za laparotomijo. Ta v primeru adneksitisa ni nevarna, v primeru apendicitisa pa reši življenje (Robert 1974).

Diferencialna diagnostika in zdravljenje pelveoperitonitisa sta nalogi bolnišnice.

Prihodnjič: Akutni abdomen in pelvični tumorji

HITER RAZVOJ MEDICINSKE ZNANOSTI IN ZDRAVSTVENE SLUŽBE, KI VSE BOLJ VKLJUČUJE DOSEŽKE NARAVOSLOVNIH ZNANOSTI IN TEHNIKE, JE VPLIVAL TUDI NA STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE MEDICINSKIH SESTER. ŽE DANAŠNJA STRUKTURA KADROV V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH PRIČA, DA SKB ZA ČLOVEKA ZDRUŽUJE V ZDRAVSTVENI TIM RAZLIČNE STROKOVNJAKE Z ZDRAVSTVENEGA, TEHNIČNEGA IN DRUŽBOSLOVNEGA PODROČJA. MED NJIMI JE MEDICINSKA SESTRA — IN NJENA NALOGA JE VSE RAZUMETI IN ZNATI PRIBLIŽATI TISTIM, ... KI JIM JE TA SKRB NAMENJENA.

Nives Merljak