

## Urgentna (nujna) stanja v ginekologiji

(Nadaljevanje in konec)

### **Akutni abdomen in pelvični tumorji**

Cistične in solidne bule notranjih ženskih genitalij so lahko dolgo asimptomatske. V primeru komplikacij lahko izzovejo akutne abdominalne simptome. Do teh komplikacij lahko pride tudi med nosečnostjo.

#### *Torzija*

Kolikor redkejša je torzija subseroznih pecljatih miomov, toliko pogostejša je torzija cističnih ovarijskih tumorjev. Možna je tudi torzija zdravih adneksov, izjemoma tudi noseče maternice (Robert 1974).

V peclju tumorja pride do zapore venske cirkulacije, lahko pa tudi arterijske. V prvem primeru je posledica hemoragična infarkcija tumorja. Tumor se nenadoma poveča. Lahko nastopi krvavitev v tumor, zaradi rupture tumorja pa tudi v prosto trebušno votlino. V drugem primeru nastane anemična infarkcija tumorja.

Če infarkciranega tumorja pravočasno ne izrežemo, se kaj lahko inficira in grozi difuzni peritonitis.

Med simptomi je najbolj pomembna nenadna silovita bolečina v spodnjem abdomnu. Bolečino včasih spremlja kolaps. Slika se razvije v nekaj minutah. Ženska je bleda, toži o močni bolečini, pulz je hiter, tlak je lahko nizek. Opazimo znake peritonealnega draženja: slabost, bruhanje, črevo je meteoristično. V spodnjem abdomnu najdemo mišični défense. Pri ginekološki preiskavi tipljemo zelo občutljivo rezistenco, kar pojasni diagnozo. Če ženska za svoj tumor ve, je diagnoza lahka. Do torzije često pride pri gibanju (ples).

Pred preiskavo moramo izprazniti mehur (poln mehur je mogoče zamenjati s patološko rezistenco).

#### *Nekroza*

Najpogosteje nekrotizirajo miomi uterusa. Nekroza nastane zaradi nezadostne prehrane hitro rastočega tumorja. Navadno se to zgodi v nosečnosti, po porodu ali po splavu. Simptomatika je manj alarmantna kot v primeru torzije. Pri ginekološki preiskavi ugotovimo občutljiv miom uterusa.

## *Ruptura*

Cistični tumorji ovarija počijo najpogosteje zaradi torzije, lahko pa počijo tudi zaradi zunanje poškodbe ali koitusa ali pa med ginekološko preiskavo. Spontane rupture so možne predvsem v primeru malignih tumorjev ovarija.

Pojavi se akutna abdominalna simptomatika z znaki peritonealnega draženja. Stanje se navadno hitro izboljšuje in znaki popolnoma izginejo.

Če pred tem za tumor nismo vedeli, je diagnoza zelo težka. V redkih primerih nastane močna notranja krvavitev. Kasnejše posledice so lahko: implanta-cijske metastaze, pseudomiksoma peritonei (če se razpoči mucinozni cistadenom) ali pa oleokeratinski granulomatozni peritonitis (če počí dermoidna cista).

## *Intestinalna obstrukcija*

Maligni tumorji ovarija se lahko vraščajo v črevo in povzročijo intestinalno obstrukcijo. Obstrukcijski ileus je včasih prvi znak malignoma na ovariju. Največkrat je vzrok smrti pri ovarijskem karcinomu prav črevesna zapora.

## **Notranja krvavitev zaradi rupturiranega folikla**

Medtem, ko so masivne notranje krvavitve iz ovarijskih tumorjev izjemno redke, pa dokaj često srečujemo močne notranje krvavitve iz sicer zdravega ovarija zaradi rupture terciarnega folikla ali luteinske ciste. V tem primeru je klinična slika takšna, kot v primeru akutne notranje krvavitve zaradi izvenmaternične nosečnosti. Često šele pri laparotomiji ugotovimo pravi izvor notranje krvavitve. Krvavitev ustavimo tako, da krvaveče mesto izrežemo in rano prešijemo. Izrezani del histološko preiščemo (histološka preiskava včasih odkrije ovarialno nosečnost).

## **Poškodbe notranjih genitalij — perforacija uterusa**

Poškodbe notranjih genitalij lahko povzročijo močne zunanje kot tudi notranje krvavitve. Neoskrbljene poškodbe pa utegnejo postati izvor težkih infektov. Posebej nevarno je, če je obenem poškodovano še črevo. Če je poškodba nastala zaradi nestrokovnega (ilegalnega) splava, je nevarnost še večja, ker storilec poškodbo prikrije, ženske pa nam dajo napačne informacije. Zaradi liberalizacije splava takšnih poškodb danes ne videmo več ali le izjemoma.

Oskrba poškodb in zdravljenje komplikacij sta možna samo v bolnišnici.

Diferencialno diagnostično sta pomembni še dve ginekološki obolenji, ki lahko dajeta akutno abdominalno simptomatiko in kjer palpatorno lahko ugotovimo pelvični tumor.

## **Kriptomenoreja**

Himenalna atrezija in atrezija vagine preprečita izliv menstrualne krvi navzven. Zato se kri nabira v vagini. Ta se zelo razširi (hematokolpos). Kri se zbira

v uterusu (hematometra) in zateka v tube (hematosalpinks). Pri inciziji himna (takšna je pravilna terapija) lahko izteče več kot dva litra retinirane krvi.

Močne pelvične bolečine v obliki krčev napovedujejo pri doraščajoči deklici začetek menstrualnih krvavitev. V primeru atrezije krvavitve navzven ni, bolečine pa se pojavljajo v mesečnih presledkih. Če krvi ne dreniramo, se sčasoma pojavi velik pelvični »pseudo« tumor.

Palpacija tumorja v spodnjem abdomnu ob sočasnih močnih bolečinah in občutljivost lahko zavede k nepravilni diagnozi, nepotrebni laparotomiji ali celo mutilantni operaciji.

### **Hiperstimulacija ovarijev**

Nekatere oblike amenorej in anovulacij zdravimo z induktorji ovulacije (gonadotropini, Clomid). Lahko se dogodi, da ovarij hiperstimuliramo. Ovarija se nenadoma tako povečata, da nastopijo hude bolečine v spodnjem delu trebuha. Lahko nastopijo krvavitve v ovarij. Ovarij lahko rupturira in nastane notranja krvavitve. Večkrat se razvije ascites (Rainer 1978).

Poznavanje te iatrogene komplikacije je praktično pomembno zato, ker je zdravljenje načeloma konservativno, medtem, ko je pri drugih ginekoloških tumorjih operativno.

V diagnostiki največ pove anamneza. Med terapijo z induktorji ovulacije morajo biti ženske opozorjene na možnost tovrstne komplikacije, zato naj bi bile pod stalno zdravniško kontrolo (Rainer 1978).

### **Akutna »kirurška« abdominalna obolenja v nosečnosti**

Akutna »kirurška« abdominalna obolenja v nosečnosti so prav tako pogosta, kot so v isti starosti izven nosečnosti (Hilson 1975).

Če jih pravočasno diagnosticiramo in v primeru potrebe operiramo, ni operativni rizik kirurških obolenj zaradi nosečnosti nič večji kot sicer. Če pa jih ne diagnosticiramo pravočasno, so komplikacije pogostejše in resnejše kot pri abdominalnih obolenjih izven nosečnosti (Hilson 1975).

**Diagnoza je v nosečnosti težja** zaradi naslednjih dejstev:

1. ker sta slabost in bruhanje bolj znak kot komplikacija nosečnosti, ju pogosto omalovažujemo. Kadar slabost in bruhanje spremlja bolečina, je simptom resen (Magnin 1970)!

2. zaradi hormonalnih in nevrovegetativnih vplivov so tudi zdrave nosečnice pogosto meteoristične in obstipirane;

3. levkocitoza 12000—14000 je lahko v nosečnosti normalna, sedimentacija pa povišana;

4. telesna temperatura je lahko zaradi termogenega efekta progesterona v nosečnosti povišana (za 0,3—0,5° C);

5. simptom bolečine je včasih težko razlikovati od težav, ki nastanejo zaradi rasti uterusa, raztezanja vezi, sprememb na lokomotornem aparatu ter težav zaradi uropeotskega aparata;

6. velika maternica spremeni lego intraabdominalnih organov in otežuje palpacijo abdomna.

Te težave moramo upoštevati in se zavedati, da vsi simptomi v nosečnosti ne nastanejo vedno zaradi nosečnosti.

### *Apendicitis in nosečnost*

Medtem, ko je diagnoza apendicitisa v zgodnji nosečnosti klasična, postaja po tretjem mesecu nosečnosti vse težja (Magnin 1970).

Legslepiča se v nosečnosti spreminja zaradi rasti maternice, ki odriva cekum, če je ta mobilna. Zato se maksimalna občutljivost preseli iz Mc Burneyeve točke v višino kriste iliake ali celo v desni epigastrij — pod rebri lok. Diagnoza je dalje težka tudi zato, ker voluminozni uterus zabriše znake mišičnega défensa. Bruhanje se ne pojavi vedno. Bolečina je včasih difuzna ali pa je lokalizacija bolečine neznačilna. Često moramo pri diagnozi upoštevati oddaljene znake kot so: psoasov znak, znake črevesne subokluzije, refleksno kontrakcijo uterusa ter splošne znake kot npr. pospešen pulz (Magnin 1970).

Apendicitis je v zadnjih mesecih nosečnosti včasih težko razlikovati od pielitisa, ki je v nosečnosti zelo pogost. Tudi pielitis refleksno lahko povzroči znake črevesne subokluzije. Vedno moramo preiskati tudi urin.

V dvomih je včasih bolje napraviti laparotomijo, kakor izgubljeni čas z dolgotrajno in često brezuspešno diagnostiko (Magnin 1970).

### *Ileus*

Najpogostejši vzrok intestinalne obstrukcije v nosečnosti je strangulacija črevesja zaradi adhezij po prejšnjih operacijah. Možni so vsi drugi vzroki ileusa. Klasični simptomi: bolečine, bruhanje in zaprtje so vedno prisotni, občutljivost in distenzija pa ne moremo ugotavljati, ker moti povečan uterus. V primeru strangulacije črevesja nas bo brazgotina v trebušni steni pripeljala na pravo sled.

## **SEPTIČNA STANJA V GINEKOLOGIJI**

### **Septični šok**

Z asepso, antisepto, antibiotiki, strokovnimi porodi v porodnišnicah in legalnim splavom v bolnišnicah nam je nekdanje epidemije septičnih komplikacij uspelo zožiti na nekaj primerov na leto.

Zaradi uspešnega zdravljenja drugih septičnih komplikacij z antibiotiki so v zadnjih tridesetih letih v ospredju klinični problemi v zvezi s septičnim šokom. Nevarnost septičnega šoka grozi, ko pri hudih infekcijah neustrezno zdravimo ali prepozno začnemo s pravilnim antibiotičnim zdravljenjem (Green 1970).

**Eksotoksinski septični šok**, ki poteka navadno v lažji obliki, nastane v primerih bakteriemij s po Gramu-pozitivnimi povzročitelji (strepto- in stafilokoki). Zelo hude oblike eksotoksinskega šoka nastanejo v primerih sepse s *Cl. Welchii*, ki pa je izjemno redka (Robert 1974).

Najpogosteje nastanejo hude oblike septičnega šoka v primerih bakteriemij s po Gramu negativnimi povzročitelji. Vzročni dejavnik je endotoksin — v vodi topni lipopolisharid iz bakterijske stene, zato govorimo o **endotoksinskem šoku**. Sodijo, da nastane endotoksinski šok v 20—30 odstotkih Gram-negativnih bakterij (Morris 1967). Najpogostejši povzročitelji endotoksinskega šoka so *Escherichia coli*, *Bacterioides*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsielle*. Endotoksini povzročajo, ne glede na povzročitelje, vedno enak sistemski odgovor. Poskusi na živalih so pokazali, da endotoksin povzroča selektivni vasospazem in zato zastoj cirkulacije krvi na periferiji, diseminirano intravaskularno koagulacijo ter slabši odgovor miokarda na simpatično stimulacijo. Pri primatih so ledvice primarni šokovni organ, zato odpovedo pri septičnem šoku pogosteje kot pri hemoragičnem (Bonnar 1976).

Pri mlajših ženskah se endotoksinski šok pojavlja navadno le v nosečnosti. Največkrat nastane zaradi infekcije po nestrokovnem (ilegalnem) splavu (pa tudi zaradi inficiranega ali legalnega splava). Lahko pa nastane tudi zaradi horioamnionitisa po prezgodnjem razpoku mehurja, zaradi puerperalne sepse in zaradi pielonefritisa v nosečnosti. Izven nosečnosti nastopi šok zaradi rupturiranega tubo-ovarialnega abscesa (Morris 1967).

Na septični šok pomislimo, kadar se ob znakih lokalnega infekta ter splošnih znakih, kot sta visoka temperatura in mrzlica, pojavljata še huda splošna prizadetost in šok: nemir, zmedenost, pospešeno dihanje, tahikardija, slaboten pulz, nizek tlak (Telinde 1970). Koža je sprva topla, nato pa bleda in hladna ter obilita s hladnim znojem. Lahko se pojavi oligurija ali celo anurija.

Če bolnica pri septičnem splavu krvavi, lahko zamenjamo septični šok s hemoragičnim šokom. To je možno, če pri septičnem šoku temperatura ni povišana in v krvni sliki ni levkocitoze.

**Zdravljenje šoka** je naloga bolnišnice. Pravočasna diagnoza izboljša prognozo. Pred ali med transportom naj ženska dobi transfuzijo, kisik, kortikosteroide. Z antibiotsko terapijo je bolje pričeti v bolnišnici, ker se včasih stanje neposredno po aplikaciji antibiotikov poslabša zaradi masivnega sproščanja endotoksinov.

### **V bolnišnici poteka terapija v več smereh:**

1. vzdrževanje normalnega krvnega pritiska s transfuzijami in infuzijami pod nadzorstvom centralnega venskega pritiska, elektrolitov, acidobaznega ravnotežja, diureze;
2. hitra bakteriostatska kontrola bakteriemije;
3. izboljšanje cirkulacije na periferiji s pomočjo kortikosteroidov in vazouktivnih snovi;
4. kirurška odstranitev inficiranega žarišča, kadar je to možno in potrebno;
5. ustrezna oksigenacija;
6. hemodializa v primeru odpovedi ledvic.

## HUDE OBLIKE GESTOZ

Splošna obolenja, ki v nosečnosti nastanejo zaradi nosečnosti, imenujemo gestoze. Sem sodita nosečnostna hiperemeza in nosečnostna toksemija (sinonimi: EPH, gestoza, preeklampsija, akutna nosečnostna hipertenzija).

Gestoze so še zmeraj pogoste. Hude oblike gestoza pa so zaradi uspešne antenatalne zaščite postale redke. Vendar jih ne smemo prezreti. Potrebujemo nujno zdravniško pomoč.

### **Hyperemesis gravidarum**

Še vedno srečujemo hude oblike nosečnostne hiperemeze s stalnimi slabostmi in tako pogostim bruhanjem, da ženske ne morejo zadržati nobene hrane. Včasih so ženske zaradi izstradanosti in izsušenosti celo umirale, če pravočasno niso prekinili nosečnosti.

Hude oblike nosečnostne hiperemeze danes uspešno zdravimo s parenteralno prehrano, nadomeščanjem tekočin in elektrolitov ter medikamenti. Zato nosečnosti ni treba več prekinjati.

Če traja hudo nosečnostno bruhanje nekaj dni in nosečnica ne more zadržati hrane, postane izsušena in zelo shujša. Pojavi se tahikardija — pulz poraste na blizu 100 v min. V krvi, urinu in izdihanem zraku se pojavijo ketonska telesa zaradi pomanjkanja ogljikovih hidratov. Pozneje se lahko pojavijo še jetrne okvare in nevrološki simptomi (Clayton 1972).

Bolnico je treba hospitalizirati brž, ko se pojavi v urinu aceton.

Primerov za hospitalizacijo je vedno manj. Razvoj blažje oblike v hujšo velikokrat preprečimo že v ordinaciji. Žensko pustimo počivati in jo zdravimo s sedativi, vitamini in malo s psihoterapijo. V primeru hujših oblik hiperemeze moramo pomisliti na trofoblastno obolenje.

### **Težke oblike nosečnostne toksemije (Eclampsia imminens — eklampsija)**

Za nosečnostno toksemijo so značilni trije simptomi: edemi, proteinurija, hipertenzija. Od tod novejšo ime: EPH gestoze. Pojavlja se po 24. tednu nosečnosti.

Meja med normalno nosečnostjo in nosečnostno toksemijo ni vedno izrazita in včasih se je težko odločiti, ali zadostuje ambulantno zdravljenje ali pa je potrebna hospitalizacija. Če zdravimo toksemijo ambulantno, je potreben stalen nadzor (vsake 3 dni ali vsaj vsakih 7 dni). Bolnico s krvnim pritiskom 140/90 mm Hg v zadnjih osmih tednih praviloma hospitaliziramo. Kadar je diastolni pritisk med 95 in 100 mm Hg, je v nosečnosti vselej potrebna hospitalizacija. Ta je nujna tudi v primeru močno izražene proteinurije. Če otekajo le noge, hipertenzije in proteinurije pa ni, hospitalizacija ni potrebna. V primeru, da ima nosečnica že od prej zvišan pritisk, je za nacepljeno toksemijo patognomoničen porast sistolnega

pritiska za 30 mm Hg in diastolnega pritiska za 15 mm Hg (ob sočasnem pojavu proteinurije in edemov).

Če toksemijo odkrijemo zgodaj, lahko z ustreznim zdravljenjem, počitkom, ležanjem na boku, manj slano dieto, antihipertoniki in sedativi, preprečimo razvoj v hujšo obliko toksemije. Hude oblike toksemije ogrožajo življenje matere in otroka.

### **Grozeča eklampsija**

O grozeči eklampsiji govorimo, ko se bolezen hitro slabša. Navadno se klinična slika grozeče eklampsije razvije postopno, pojavi pa se tudi nenadoma pri ženskah, ki pred nekaj dnevi niso kazale nobenih znakov toksemije. Diastolni pritisk nenadoma zraste do 110 ali celo 140 mm Hg. V nekaj dneh ali celo nekaj urah se lahko pojavijo masivni edemi po obrazu, rokah in nogah ter križu (anasarka). Albumen postane močno pozitiven. Če urinu dodamo nekaj kapljic sulfosalicilne kisline, se spremeni v en sam precipitat.

Nosečnica se počuti bolna, ima hud glavobol, vidi iskrice, lahko ima skotome ali pa megleno vidi. V epidastriju pod desnim rebrom, čuti topo bolečino (zaradi jetrne okvare in raztezanja jetrne kapsule), bruha.

To stanje zahteva takojšnjo zdravniško pomoč. Bolnici damo litični koktajl (Largectil 50 mg, Phenergan 50 mg, Petantin 100 mg/500 ml 5 % glukoze) ali Valium (10 mg i. v.) in jo takoj odpeljemo v bolnišnico.

V bolnišnici začnemo z energično simptomatsko terapijo in skušamo čimprej, bodisi z indukcijo poroda, bodisi s carskim rezom, končati porod. S tem zaustavimo razvoj bolezni, preprečimo eklamptični napad in morebitno intrauterino smrt plodu.

### **Eklampsija**

Kako resno obolenje je eklampsija, govori podatek iz literature (Clayton 1972, Zuspan 1978), da je še danes v primeru eklampsije pri materi 5 odstotkov, pri otroku pa 30 odstotkov smrtnosti. Pri nas je postala eklampsija zaradi dobrega antenatalnega varstva žensk zelo redka (1—2 primera na 8000 porodov na leto).

Eklamptični napad je zelo podoben epileptičnemu (Clayton 1972). Pri epilepsiji so opisani tile stadiji: aura, krik, tonični in klonični krči, izguba zavesti.

Pri eklampsiji aure ni — sem bi morda lahko šteli iskrice in skotome v vidnem polju. Tudi krika ni. Tonični in klonični krči pa so prav takšni kot pri epilepsiji. Tudi pri eklampsiji sledi napadom krčev nezavest (coma eclampticum) (Clayton 1972).

Med tonično fazo so vse mišice skrčene. Pojavi se opistotonus. Tudi respiratorne mišice so skrčene. Bolnica ne diha, postane cianotična. Hipoksija lahko prizadene plod.

Toničnim krčem sledijo klonični krči. Med to fazo se lahko bolnica močno ugrizne v jezik in zaradi krvavitve v ustno votlino grozi nevarnost aspiracije ter

zadužitve. Postopno se ponovno vzpostavi dihanje. Napad krčev traja minuto in pol. Če napadi sledijo drug drugemu, kar je zelo redko, traja celotna kriza tudi več minut (Magnin 1970).

Po končanem napadu ostane bolnica tudi več ur v komi. Med eklamptičnim napadom zelo poredko uideta blato ali voda.

V hujših primerih se napadi ponavljajo v presledkih nekaj minut. Če se napadi ponavljajo, lahko bolnica umre: zaradi asfiksije, aspiracije izbruhane vsebine, zaradi možganske krvavitve. Lahko odpovedo ledvice in nastopi oligurija ali celo anurija. Pojavijo se tudi hude okvare jeter.

Diagnoza eklampsije navadno ni težavna. Epilepsijo in eklampsijo razlikujemo po anamnezi. Pri epilepsiji ni proteinurije in edemov.

Če najdemo bolnico v nezavesti, moramo pomisliti še na diabetes, cerebralno trombozo, zastrupitev.

Bolnici damo po napadu litični koktajl v infuziji ali pa Valium 10 mg i. v. V spremstvu zdravnika mora takoj v bolnišnico. Poskrbeti moramo za prehodnost dihalnih poti. Med zobe ji damo gumijasti tubus ali pa leseno žlico, da se med morebitnim ponovnim napadom ne bi ugriznila v jezik (nevarnost aspiracije) (Simič 1976).

V porodnišnici zdravimo eklampsijo z energično simptomatsko terapijo in skušamo čimprej ali vaginalno ali pa s carskim rezom končati porod in s tem odvrniti nevarnost za mater in plod.

Iz pregleda urgentnih ginekoloških primerov je razvidno, da jih bo zdravnik zunaj ginekološke ustanove sam le redkokdaj do kraja reševal. Nedvomno pa bo s poznavanjem patologije, s hitro orientacijsko diagnozo, uspešno triažo, prvo zdravniško pomočjo, predvsem pa s pravočasnim in strokovnim prevozom v bolnišnico, zelo veliko prispeval k uspešnemu zdravljenju obolelih.

#### Literatura:

1. Bonnar J.: Shock in pregnancy. V: Stallworthy J., in G. Bourne: Recent advances in obstetrics and gynecology. Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York 1977, 317.
2. Clayton S. G.: Obstetrics by ten teachers. Edward Arnold Ltd. London 1972, 293, 224.
3. Eastman N. J. in L. M. Hellman: Williams Obstetrics. Meredith Publishing Company 1970, 612, 625.
4. Green T. H.: Gynecology — essentials of clinical practice. Boston 1970, 190.
5. Lavrič V.: Zadaci praktičkog lekara u hitnim ginekološkim slučajevima. Medicinski glasnik 3—4 (1954), 109—112.
6. Magnin Z. in D. Dargent: Grossesse normale et pathologique. J. B. Ballière et fils, Paris 1970, 335, 495.
7. Morris J. A.: Bacteremic shock in obstetrics. V.: Marcus S. L. in C. C. Marcus: Advances in obstetrics and gynecology. Williams and Wilkins, Baltimore 1967, 150.
8. Naujoks H.: Gerichtliche Geburtshilfe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1957, 185.
9. Novak F.: Ginekologija. Univerzitetna založba v Ljubljani, Ljubljana, 1960, 213.
10. Rainer S.: Akutni abdomen v ginekologiji. Zbornik predavanj XIV. podiplomskega tečaja iz kirurgije 6.—8. februar 1978, Ljubljana 1978, 161—168.
11. Robert H. G. et al.: Precis de gynécologie. Masson et Cie., Paris 1974, 364, 262, 717.
12. Simič S. F.: Urgentna stanja u ginekologiji i opstetriciji, Svjetlost, Sarajevo 1976.
13. Telinde R. W. in R. F. Matingly: Operative Gynecology. Lipincott. USA 1970, 265.
14. Wilson et al.: Obstetrics and Gynecology. Mosby, Saint Luis 1975, 87, 334.
15. Zuspan F. P.: Problems encountered in the treatment of pregnancy induced hypertension. Am. J. Obstet. Gynecol. 131 (1978), 591—597.