

Diferenciální diagnostika v gynekologii a porodnictví

Pomůcka ke studiu

MUDr. Andrej Černý a kol.
2021

Poznámky ke studijnímu textu:

Následovná skripta slouží studentům pouze jako **osnova k samostudiu** diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví, nejedná se o plnohodnotnou učebnici.

K jednotlivým diagnózám je nezbytné znát odpovídající možnosti terapeutického přístupu v rozsahu nejnovějších znalostí medicíny (tedy ne terapie z učebnic starých). Přehled léčebných postupů u klinických otázek slouží jako nápověda ke studiu klinických otázek.

Ke zvládnutí zkoušky je nutné mít znalosti v plném rozsahu **přednášek, stáží a doporučené studijní literatury**. Autoři nenesou odpovědnost za případný neúspěch studenta u státní zkoušky.

K jednotlivým kapitolám je důležité znát **souvislosti** z jiných kapitol (např. k „Bolestivé menstruaci“ je nutné znát také „Pelvic pain“, k „Abnormálnímu nucení na močení“ také „Inkontinenci moči“ apod.)

Vzhledem k osnově předmětu a koncepci státní zkoušky je nezbytné řídit se nejnovějšími poznatky z přednášek.

Verze 5

2/2021

Změny oproti verzi 4 – doplněné kapitoly a poznámky dle připomínek studentů

Verze 6

12/2021

Změny oproti verzi 5 – doplněné klinické otázky ze státnicových otázek

Seznam spoluautorů:

prof. MUDr. Michal Mára, CSc.

prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.

prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.

prof. MUDr. David Cibula, CSc.

prof. MUDr. David Kužel, CSc.

prof. MUDr. Jaromír Mašata, CSc.

doc. MUDr. Kamil Švábík, Ph.D.

doc. MUDr. Michael Fanta, Ph.D.

doc. MUDr. Michal Koucký, Ph.D.

MUDr. Kristýna Hlinecká

MUDr. Jan Přáda

MUDr. Jana Skřenková

Název kapitoly	Strana
Abnormální nucení na močení	6
Abnormální odpady z drénu po gynekologické operaci	7
Abnormální výsledek vyšetření moči v těhotenství (M+S, kultivace)	8
Absence vnímání pohybů plodu v těhotenství	9
Apendicitis a adnexitis	11
Bolest kostěné pánve před porodem	13
Bolest v těhotenství	14
Bolest zad v těhotenství	16
Bolesti a pruritus perinea, poševního vchodu a pochvy	17
Bolesti hlavy v těhotenství a šestinedělí	18
Bolesti v pánvi a v bedrech po gynekologické operaci	21
Bolesti v podbříšku	23
Bolest v podbříšku a kolem symfýzy před porodem	25
Bolesti v podbříšku ve druhé polovině těhotenství, dráždivá děloha	25
Bolesti v šestinedělí (hlavy, zad, břicha, hráze, dolních končetin, atd.)	26
Bolestivá menstruace	27
Bolestivý otok dolních končetin v těhotenství	29
Bradykardie, cyanóza a hypotonie novorozence	30
Diagnostika, diferenciální diagnostika a léčba náhlých příhod v gynekologii	32
Dušnost v těhotenství	34
Dyspareunie	36
Dysurické obtíže a zvýšená frekvence močení v těhotenství	38
Dysurie, pomalý proud, pocit rezidua	39
Fluor z pochvy u pacientky ve fertilním věku	41
Hmatná rezistence v prsu	42
Hypertenze po 20. týdnu těhotenství	43
Hypertonus dělohy u těhotné	44
Hypotenze po gynekologické operaci	45
Hypotenze po porodu	47
Chronická pánevní bolest	49
Inkontinence moči	53
Inkontinence stolice po porodu	54
Kardiopulmonální dekompenzace a náhlá zástava srdeční při a po gynekologické operaci	55
Kolapsové stavy v těhotenství	56
Komplikace antibiotické léčby	58
Krvácení mimo cyklus	59
Krvácení po porodu	60
Krvácení za porodu	62
Kontaktní krvácení a krvácení po styku	64
Krvácení po styku v těhotenství	65
Krvácení v I. trimestru těhotenství	67
Krvácení v pozdním šestinedělí	69
Krvácení ve II. a III. trimestru těhotenství	72
Krvácení z rodidel u dětí a dospívajících	73

Krvácení z rodidel v postmenopauze	76
Krvácení za porodu	78
Krvácivé projevy v souvislosti s těhotenstvím	63
Křečovitě stavy po 20. týdnu těhotenství	80
Nadměrné menstruační krvácení	82
Nadměrný nárůst váhy v těhotenství	84
Náhlá „šokující“ bolest při porodu	85
Náhlé bezvědomí při porodu a po porodu	86
Náhlé zvětšování objemu břicha u žen	87
Nález volné tekutiny v dutině břišní u gynekologických pacientek po gynekologické operaci	88
Nepostupující porod	90
Nepravidelné menstruační krvácení	91
Nepravidelné krvácení ve 4. deceniu	93
Obstipace, zvracení a poruchy pasáže po gynekologické operaci	94
Obtížná mikce, bolestivá mikce	96
Odtok plodové vody	97
Oligomenorea	99
Oligurie a anurie po gynekologické operaci	100
Otoky dolních končetin po gynekologické operaci	102
Otoky dolních končetin v těhotenství	103
Pacientka s děložními myomy	104
Pelvic pain – diferenciální diagnostika chronických bolesti v podbříšku a v pánvi	106
Peri-menstruační a postkoitální krvácení	107
Pocit „vyboulení“ v poševním vchodu	108
Pocit plynatosti po indukci ovulace	109
Poruchy srdeční frekvence plodu v průběhu porodu	110
Poševní výtok v postmenopauze	111
Pozitivní těhotenský test a bolesti v podbříšku	112
Premenstruační špinění	113
Prevence komplikací po gynekologické operaci	114
Primární amenorea	115
Průjem po antibiotické léčbě	119
Pruritus kůže v těhotenství	120
Předčasná děložní činnost po 22. týdnu těhotenství	122
Předoperační vyšetření a příprava před vaginální hysterektomií	123
Psychické obtíže v druhé polovině cyklu	124
Retence moči po gynekologických operacích	125
Retence moči v těhotenství a po porodu	126
Rutinní vizita na oddělení po laparoskopické hysterektomií	127
Sekrece z prsu	128
Sekundární amenorea	129
Sestup rodidel 6 měsíců po porodu	132
Tachykardie matky za porodu a po porodu	133
Tachykardie, bradykardie a náhlá srdeční zástava při a po gynekologické operaci	134
Teplota po gynekologické operaci	136

Teplota v šestinedělí	138
Únik moči	141
Výběr metody antikoncepce	142
Výtok v těhotenství	143
Výtok z pochvy	144
Zarudnutí prsu v šestinedělí	146
Zarudnutí sutury po císařském řezu	147
Změny nálad a chování v šestinedělí	148
Zvracení v I. trimestru těhotenství	149
Zvýšená frekvence močení a dysurické obtíže	150

Seznam použité literatury

- Databáze UpToDate (přístupná z univerzitních počítačů)
- Marešová P., Fiala L. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 2. vydání. Vydavatelství Mladá Fronta, 2018.
- Hájek et al. Porodnictví. 3. vydání. Grada, 2014.
- Rob et al. Gynekologie. 2. vydání. Galén, 2008.
- Dubová O., Zikán M. Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví. Maxdorf, 2019.
- Lukáš K., Žák A. et al. Chorobné znaky a příznaky 1. a 2. díl. Grada, 2010 a 2011.
- Mašata et al. Infekce v gynekologii. 2. vydání. Maxdorf, 2014.
- Vypracované otázky k atestaci z gynekologie a porodnictví. MUDr. Oldřich Štěpánek, 2013.
- Hořejší, J., Kosová H. a kol. Dětská gynekologie. Praha Mladá fronta, 2019.
- Martan et al. Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii. 2. vydání. Maxdorf, 2013.
- ObstetricsForum.cz

Abnormální nucení na močení

Viz také kapitulu „Únik moči“, „Zvýšená frekvence močení“ a všechny ostatní kapitoly týkající se močení.

Mechanismus

- Nadměrné senzorní impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře
- Nedostatečná inhibice mikčního reflexu

Příčina

- Fyziologický – zvýšený příjem tekutin
- **Hyperaktivní močový měchýř – OAB**
 - Urgence
 - Urgentní inkontinence
 - Polakisurie
 - Nykturie
- Interní onemocnění – např. diabetes insipidus
- Závislý na čase – noční polyurie
- Neurologické příčiny – polyneuropatie
- Vertebrogenní obtíže
- Útlak/iritace nervů v malé pánvi
- Pudendální neuralgie
- Endometrióza močového měchýře
- IMC
- Prolaps/sestup
- Stenóza uretry
- Uterus myomatosus
- Tumor/karcinom močového měchýře
- Farmakologická urgencyie – antidepressiva
- Poruchy CNS
- Psychiatrické onemocnění
- Ca ovaria
- Painful bladder – intersticiální cystitis

Diagnostika, diferenciální diagnostika

Viz otázky uvedené výše

Abnormální odpady z drénu po gynekologické operaci

Viz také „Nález volné tekutiny v dutině břišní u gynekologických pacientek po gynekologické operaci“

V drénu po gynekologické operaci můžeme najít:

- Ascites (onkologické onemocnění, chronické onemocnění jater apod.)
- Krev (poranění, uvolnění stehu)
- Moč (poranění ureteru, močového měchýře)
- Výplach (po laparoskopickém výkonu)
- Lymfa (po lymfadenektomii)
- Střevní obsah (poranění střeva, uvolněná anastomóza)
- Vzduch – při poruše systému Redonových drénů (zrušení podtlaku)

Diagnostický postup a diferenciální diagnostika

Viz výše další kapitola

Abnormální výsledek vyšetření moči v těhotenství

Pravidelné kontroly moči v těhotenství papírkem = obligatorní vyšetření

- glukóza
 - fyziologická glykosurie = omezená kapacita resorpce proximálního tubulu při zvýšené glomerulární filtraci, stravovací chyba, patologická u dekompenzovaného diabetu
- bílkovina
 - do určité míry v těhotenství normální
 - proteinurie – nesprávný odběr moče, infekce močových cest, glomerulonefritis, diabetes mellitus, stravovací chyba, preeklampsie
- pH
- krev
 - hematurie (záněty močových cest, glomerulonefritis, nefrolitiáza, nádory)
- ketony
 - abusus
 - hladovění
 - katabolický stav

Diagnostika

- kultura moči
 - při podezření na uroinfekt, při dysurii
- sonografie při podezření na litiázu, uroinfekci
- glykemie, ev. o-GTT při podezření na diabetes mellitus
- biochemické vyšetření, iontogram při zvracení, průjemových onemocněních

CAVE! Před odběrem moči na kultivaci (střední proud) nutná hygiena – riziko kontaminace bakteriemi z hráze/rekta

CAVE! Za GBS pozitivitu označujeme i přítomnost Streptokoka skupiny B v moči bez přítomnosti ve vaginorektálním stěru.

Léčebné postupy

Dle příčiny

V těhotenství léčíme i bakteriurii asymptomatickou!

Signifikantní bakteriurie při četnosti bakterií 100 000/ml

Absence vnímání pohybů v těhotenství

Fyziologie

- pohyby již od 7. tt. dle UZ (první synaptické reflexní okruhy)
- od 10. tt. symetrické pohyby končetin
- od 13. tt. cílené pohyby ruka – ústa
- vnímání od 18. (20.) tt.
- střídání epizod bdění/spánek 20-40 min
- počet pohybů na konci těhotenství 10x den á 20-40 min.

Fyziologické vlivy na pohyb plodu

- spánek/bdění
- glykemie matky (přísun potravy)
- vibroakustické signály ze zevního prostředí

Snížené vnímání pohybů

- spánek plodu
- polyhydramnion/oligohydramnion
- chronická hypoxie
- růstová restrikce
- centralizace oběhu plodu (z různých příčin)
- intraamniální infekce
- akutní hypoxie (abrupte...)
- VVV plodu
- hypertonus děložní
- farmakologický útlum
- mrtvý plod

Diagnostika

- klinické vyš. (hypertonus, polyhydramnion, velikost břicha – IUGR)
- ozvy plodu (Doppler, CTG)
- UZ
 - vizualizace AS plodu, odhalení event. příčiny
 - uložení placenty
 - biofyzikální profil plodu
 - flowmetrie (a. umbilicalis, a. cerebri media)
- u známek intraovulární infekce – hospitalizace+ laboratoř + kultivace

Důsledky

- FADS – Fetal Akinesia Deformation Sequence
 - Abnormální symetrické držení končetin plodu (flekční či extenční kontraktury), později kraniofaciální deformace,
- plicní hypoplazie,
- kostní deformity event. další méně časté anomálie

Možnosti intervence

Při normálním CTG a UZ vyšetření – lze kontrola s odstupem, pacientku musíme poučit!
Při abnormálním nálezu zvažovat ukončení těhotenství (indukce nebo SC).

Apendicitis a adnexitis

Apendicitis

Lokalizace appendixu

- McBurneyův bod
 - 5cm od spina iliaca anterior superior na spojnici mezi SIAS a pupkem
- Lanzův bod
 - rozhraní zevní a střední třetiny spojnice obou spina iliaca anterior superior

Diagnostika

- anamnéza
 - pohled – dechová vlna, jazyk, celkový vzhled obličeje
 - teplota
 - puls
 - dechová vlna
- vyšetření zevní a vnitřní včetně per rectum
- Blumberg
 - bolest při zatlačení a náhlém uvolnění tlaku v místě appendixu
- Rovsing
 - bolest v pravém podbříšku při zatlačení a náhlém uvolnění tlaku v levém podbříšku
- Pleniés
 - pokleповá bolestivost v místě appendixu
- Psoatový příznak
 - u retroekálně uloženého appendixu – bolest v pravém podbříšku při extenzi v pravé kyčli
- větší teplotní diference rektálně a axilárně oproti adnexitidě
- při apendicitidě mohou být markery zánětu elevované jen mírně
- při apendicitidě spíše subfebrilie

Adnexitis

Původ infekce

- salpingitis – Chlamydie, gonokok – až 70 % všech
 - lze i původ z nitroděložního tělíska IUD
- častý přestup ze zaníceného appendixu
- hematogenné – záněty HCD, anginy, otitidy atd.

Diagnostika

- anamnéza
- bolesti v podbříšku a břicha
 - mnohdy vázané na menses
 - bolest vázaná na pohyb děložním hrdlem
- subfebrilie až febrilie
- palpační bolestivost při bimanuálním vyšetření

- fluor
- laboratoř
 - leukocytóza
- kultivační vyšetření
 - moč
- STD – chlamydie, gonokok (z cervixu)
 - event. lze biopsie endometria při endometritis
- zobrazovací metody
 - UZ – zánětlivý adnextumor, hnis
- mikroskopické vyšetření
 - polymorfonukleáry

CAVE! I při jasné diagnóze vždy vyloučit jinou příčinu bolestí (ektopické těhotenství, torze adnex, rpt. cysty apod.) resp. duplicitu zánětu! Proto chirurg vždy konzultuje gynekologa a naopak!

Bolest kostěné pánve před porodem

Definice

Bolestivost kostěné pánve v těhotenství, obvykle se zhoršující s progredujícím těhotenstvím

Normální je rozvolnění vazivové tkáně a mírná separace symfýzy pod vlivem progesteronu.

Normální šířka symfýzy je cca 4-5mm, u těhotné se rozšíří o 2-3mm.

Diastáza symfýzy je při šířce cca 10-13mm.

Příčiny

- Syndrom bolesti pánevního kruhu
 - také bolesti kyčelních kloubů
- Symfyzeolýza
 - rizikový faktor – velký plod, překotný porod, silné děložní kontrakce, patologie pánevního kruhu včetně traumat, multiparita, operační vaginální porod

Diagnostika

- Anamnéza
- Vnitřní a zevní gynekologické vyšetření
- Vyšetření stability pánevního kruhu
- Analýza chůze pacientky
- UZ symfýzy
- Ortopedické vyšetření
- RTG pánve
- Laboratoř
 - krevní obraz
 - CRP
 - analýza moči

CAVE! Bolesti mohou být přenesené z oblasti močového měchýře (zánět).

Léčebný postup

Většinou volíme porod per SC

Bolest v těhotenství

Definice

Jakákoliv bolest v oblasti břicha nebo pánve v těhotenství

Rozdělení

- časně x pozdní těhotenství
- souvisí x nesouvisí s těhotenstvím
- akutní x chronická

V souvislosti s těhotenstvím

Časně těhotenství

- ektopické těhotenství
- abortus spontaneus, incipiens, imminens
- OHSS
- torze adnex atd

Pozdní těhotenství

- předčasný porod, kontrakce děložní
- abrupce placenty
- ruptura děložní
- HELLP, preeklampsie

Gynekologické příčiny

- ruptura ovariální cysty
 - Bez hemoperitonea
 - S hemoperitoneem
- torze adnex
- torze subserozního myomu
- akutní nekróza myomu
- adnexální tumory

Negynekologické příčiny

- appendicitis
 - nejčastější chirurgická příčina
 - symptomatologie se ve 2. polovině těhotenství liší
 - dislokace cékální krajiny
 - nebezpečí ke konci těhotenství – (dislokace céka, ↓defense musculaire, tachykardie, ↓palpační bolestivost, zvracení, leukocytóza, přenesené děložní kontrakce)
 - Aldersův test, Sitkovského příznak, Peterův příznak
 - rozdíl mezi axiální a rektální teplotou > 0,5C
 - pohyby dělohou jsou bolestivé
- gastroenteritis (maximálně subfebrilie!)
- cholecystolithiasis (UZ, ALP, GMT)

- pankreatitis (↓Ca, pankreatická amyláza, jaterní testy, CRP, ↑glykémie, glykosurie)
- nefrolithiasis
- M. Crohn
- obstipace (hormonální a mechanická etiologie)
- IMC – cystitis, pyelonefritis
- vertebrogenní diskopatie
- tromboembolická onemocnění
- ileus

Diagnostika:

- anamnéza
- zevní, gynekologické vyšetření
- vitální funkce
- kompletní laboratoř (krev, moč)
- UZ

CAVE! Vždy je vhodné připojit konzilium chirurga! Je chybou chirurga ke konzultaci nepřizvat v případě, že nenajdeme gynekologickou příčinu obtíží!

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Bolest zad v těhotenství

Viz také „Dysurické obtíže v těhotenství“

Viz také další kapitoly o bolesti

Příčiny

- uroinfekce, renální kolika, pyelonefritis
- appendicitis
- HELLP syndrom
 - propagace obtíží z pravého hypochondria do zad
- poranění retroperitonea nebo orgánů v něm při komplikovaném císařském řezu
- přenesená bolest z dělohy
- vertebrogenní bolesti
 - prohloubení bederní lordózy, kompenzační změny hrudní kyfózy, progresse diskopatií...
 - nutné vyloučit ostatní příčiny bolestí!
- muskuloskeletální bolesti
- torze adnex
- biliární kolika
 - konzilium chirurga
 - UZ vyšetření
 - paralelně často biliární pankreatitis!

Diagnostika

- jako při ostatních gynekologických, chirurgických a urologických obtížích
- UZ
 - včetně dilatace dutého systému ledvin
- neurologické a chirurgické konzilium

Diferenciální diagnostika

Viz možné příčiny a ostatní kapitoly o bolesti

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Bolesti a pruritus perinea, poševního vchodu a pochvy

CAVE! V dětské gynekologii myslet také na parazitické infekce z konečníku

Možné příčiny:

- Dermatologické
 - Infekce
 - vulvovaginální kandidóza
 - bakteriální vaginóza
 - trichomoniasis
 - herpetické infekce
 - atrofická vaginitis
 - aerobní vaginitis
 - HSV
 - HPV
 - stařecká xeróza
 - ekzém
 - atopická dermatitis
 - alergická reakce/kontaktní dermatitis
 - urtikaria
 - prekancerózy
 - lichen simplex, planus
 - malignity
 - jizvy
- Systémové
 - hepatopatie
 - onemocnění ledvin
 - diabetes mellitus
 - thyreopatie
 - autoimunitní systémové nemoci
 - revmatoidní artritida
 - Sjögrenův syndrom
- Neurologické
 - postherpetické svědění
- Psychosomatické
- Jiné
 - proktalgie
 - vulvodynie
 - neuralgie pudendálního nebo genitofemorálního nervu
 - kostrčový syndrom
 - painful bladder syndrom

Diagnostika

- anamnéza
- gynekologické vyšetření
- kolposkopie
- biopsie z postiženého místa
- nativní mikroskopie
- barvený preparát
- HPV testace
- HSV testace (event. sérologie)
- laboratoř
 - PCR herpetických virů (stěr z eflorescence)
- vyšetření lepící páskou na přítomnost parazitů (děti)
- konziliární vyšetření
 - neurolog
 - dermatolog
 - algeziolog
 - urolog
 - fyzioterapeut

Léčebné postupy

Dle etiologie

Bolesti hlavy v těhotenství a šestinedělí

Příčiny (Diferenciální diagnostika)

- HELLP syndrom (!)
- Migrenózní bolesti
- Epilepsie
- Preeklampsie
- Dehydratace
- Záněty
 - meningitis, otitis media, sinusitis
 - záněty hlavových nervů (n. trigeminus, facialis atd)
 - bolesti zubů
- Tumor mozku
- Trauma
- Neuralgie
 - blokáda nervů C páteře
- Cévní malformace
 - aneurysma
- Psychosomatika

Diagnostika

- Anamnéza
 - kdy, kde, charakter bolesti, průběh, chronicita, vyvolávající moment, léky...
 - aura
 - poruchy visu
- Fyzikální vyšetření
 - TK, P, TT
 - meningeální příznaky
 - palpace výstupů hlavových nervů
- Laboratoř
 - KO + počet destiček
 - schistocyty
 - CRP, jaterní testy atd
- Zobrazovací metody
 - RTG – trauma
 - CT – hemoragie
 - MRI – chronické bolesti hlavy
 - kontrast (cévní malformace atd.)
- Jiné
 - Neurologické vyšetření
 - ORL vyšetření

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- Epilepsie – antikonvulziva, event, ukončení per SC
- HELLP syndrom – ukončení per SC
- Migréna – léčba triptany bezpečná
- Vertebrogenní algický syndrom – neurologické konzilium
- Cévní malformace – indikace k SC
- CMP – vyšetření neurologem, možná trombolýza
- Intrakraniální krvácení – neurologické vyšetření, angioCT

CAVE! Při diagnostice HELLP syndromu nemusíme mít nízké počty trombocytů, stačí opakovaně sestupný trend (ideálně při odběru za tepla)

**CAVE! V těhotenství při bolesti hlavy jako první vždy myslet na možný HELLP syndrom!
K němu také poruchy visu a bolesti v pravém podžebří**

Bolesti v pánvi a v bedrech po gynekologické operaci

Viz také všechny další kapitoly pojednávající o dif. dg. bolesti

Příčiny

Bolesti v souvislosti s operací

- normální
- záleží dle rozsahu a místa výkonu
- imobilizace pacientky (omezené pohyblivost na lůžku)

Bolesti bez souvislosti s operací (komplikace)

- stenóza ureteru
 - podvaz
 - adhezivní proces
- uroinfekce (pyelonefritida) – pozitivní tapottement
- dráždění drénem
- uskřínutí orgánu (většinou střevo)
- ileus

Jiné – méně obvyklé

- propagace bolesti z jiné oblasti
 - vertebrogenní
 - appendicitis
 - aneurysma aorty
 - M. Crohn
 - hernie
 - trombóza pánevních žil
 - divertikulitida
 - nespecifický střevní zánět
 - neuralgie

Diagnostika

- Anamnéza
 - charakter bolesti, lokalizace, nástup
- Fyzikální vyšetření
 - poslech peristaltiky
 - poklep – tapottement
- Zobrazovací metody
 - UZ kalichopánvičkového systému ledvin
 - UZ průkaz volné tekutiny v dutině břišní (např. moč)
 - CT s vylučovací fází
- Laboratoř
 - zánětlivé parametry
 - biochemie z punktátu nebo obsahu drénu
- Diagnostický operační výkon

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- analgetika
- při poškození ureteru chirurgický výkon (urolog)
- léčba infekce
- rehabilitace, mobilizace

Bolesti v podbříšku

Viz také všechny další kapitoly pojednávající o diferenciální diagnostice bolesti

Příčiny

Bolesti v souvislosti s těhotenstvím (hCG pozitivní)

- Abort
 - křečovitá
 - krvácení
- Ektopické těhotenství
 - kolikovitá, křečovitá – distenze stěny vejcovodu
 - náhlá, ostrá – ruptura tuby
 - tupá bolest – chronický stav

Bolesti bez souvislosti s těhotenstvím

- Vazba na cyklus
 - dysmenorea
 - středové ovulační bolesti
- Bolesti ovariální etiologie
 - torze adnex – **CAVE v těhotenství**
 - náhlá bolest, pocení, tachykardie, neusea, zvracení, peritoneální dráždění
 - ruptura cysty/tumoru/saktosalpingu
 - s nebo bez hemoperitonea
 - OHSS
- Bolesti děložní etiologie
 - inverze dělohy
 - při myoma nascens
 - torze stopkatého myomu
 - nekróza myomu
 - častěji v těhotenství nebo po porodu
 - akutní prolaps dělohy
 - po traumatu
 - fixovaná retroverze dělohy
 - inkarcerace v těhotenství
- Jiné gynekologické příčiny
 - Allan-Masters syndrom
 - endometrióza
- Infekční onemocnění
 - endomyometritis
 - salpingoophoritis
 - tuboovariální absces
 - infekce močových cest
- Chirurgické příčiny bolesti
 - appendicitis
 - enteritis
 - ileus, subileus

- renální kolika
- aneurysma aorty
- M. Crohn
- hernie
- trombóza pánevních žil
- retence moči
- divertikulitida
- nespecifický střevní zánět
- vertebrogenní obtíže
- neuralgie
- proktalgie
- syndrom m. piriformis
- hemeroidy

Diagnostika

- Anamnéza
 - PM, HAK
 - Charakter bolesti, lokalizace, nástup
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- Zobrazovací metody
- Laboratoř
 - Zánětlivé parametry
 - hCG
- Diagnostická laparoskopie

Bolest v podbříšku a kolem symfýzy před porodem

Bolesti v podbříšku ve druhé polovině těhotenství, dráždivá děloha

Viz otázka „Bolesti v podbříšku“

Klíčové rozlišit (předčasnou) děložní činnost od ostatních příčin.

Příčiny

- dolores praesagientes
- počínající porod
- cystitis
- symfyzeolýza – rozvolňování pánve vlivem relaxinu
 - **CAVE: v extrémním případě může vést k porušení stability pánve – indikace k S.C.**
- abrupce placenty, ruptura dělohy

Dráždivá děloha

Občasné nepravidelné kontrakce („tvrdnutí“) dělohy jako reakce na tvorbu oxytocinu a expozici receptorů pro oxytocin. Někdy lze považovat za příznak předčasného porodu, pokud dochází ke zkracování děložního hrdla.

Při „léčbě“ obvykle stačí klidový režim, lze horká koupel/sprcha (prohřátí těla/dělohy) k relaxaci, případně užití magnezia.

Diagnostika

- anamnéza – pacientka udává tvrdnutí břicha několikrát za den, obvykle např. večer nebo po fyzické aktivitě, pohlavním styku apod.
- gynekologické vyšetření
- UZ včetně cervikometrie

Bolesti v šestinedělí (hlavy, zad, břicha, hráze, dolních končetin, atd.)

Viz kapitoly „Bolest v šestinedělí“ a všechny ostatní kapitoly o bolesti

Bolestivá menstruace

Viz také všechny ostatní přednášky o bolesti

Definice

Dysmenorea – soubor somatických a vegetativních symptomů, které se manifestují v průběhu menstruačního krvácení

Příčiny

- Endometrióza
- Adenomyóza
- Myom
- Polyp děložní
- Děložní anomálie
- Ovariální cysta
- Pánevní adheze
- Chronický pánevní zánět
- Stenóza děložního hrdla
- Nitroděložní tělísko
- Syndrom pánevní kongesce
- Specifické střevní záněty
- Dráždivý tračník
- Vertebrogenní původ
- Neuralgie

Rozdělení, příznaky

- Primární – bez známek specifického nálezu
 - hlavně krátce po menarché
 - bolesti v podbříšku, v bederní krajině
- Sekundární – se specifickým nálezem na děloze a adnexech
 - mnohokrát lateralizované

Diagnostika

- anamnéza
- vnitřní a zevní gynekologické vyšetření
- laboratorní metody
 - známky zánětu atd.
- zobrazovací metody
 - UZ
 - MRI
- chirurgické vyšetření

Léčebné postupy

Medikamentózní terapie (zejména u primární dysmenorey) - ↓↓ produkce prostaglandinů v endometriu, ↓↓ menstruačního krvácení, ↓↓ intenzity krvácení

- nesteroidní antiflogistika
- kombinovaná perorální kontraceptiva
- gestageny v luteální fázi – 16.-25.den menstruačního cyklu nebo 5.-25.den cyklu
- necyklická terapie gestageny – IUD – intrauterinní tělísko s gestageny, dlouhodobě působící preparáty

Chirurgická terapie (zejména k řešení organické – sekundární – dysmenorey)

- instrumentální dilatace hrdla dělohy
- laparoskopické přerušení nervového vedení v oblasti sakrouterinních nervů – LUNA (laparoscopic uterosacral nerve ablation)
- ablace endometria – hysteroskopicky – vede k atrofii endometria
- hysterektomie (event. s odstraněním vaječnicků)

Bolestivý otok dolních končetin v těhotenství

Viz také „*Otoky dolních končetin v těhotenství*“

Viz také „*Otoky dolních končetin po gynekologické operaci*“

Příčiny bolestivých otoků:

- Bilaterální – fyziologický masivní otok při hypoproteinemii nebo při preeklampsii
- Unilaterální – trombóza dolní končetiny

Diferenciální diagnostika – viz kapitoly výše

Léčebné postupy

- Fyziologické otoky
 - lze pozorovat event. zvýšit příjem bílkovin (maso, mléčné výrobky, proteinové suplementy)
 - bandáže dolních končetin (kompresní punčochy)
- Preeklampsie
 - hrazení bílkovin
 - porod
- Trombózy
 - heparin
 - bandáže dolních končetin
 - zavedení kaválního filtru (prevence plicní embolie)

Bradykardie, cyanóza a hypotonie novorozence

Definice pojmů

Bradykardie – pokles srdeční akce pod 100/min.

Cyanóza – modré až modrofialové zbarvení kůže a sliznic způsobené nedostatečným okysličením krve (hypoxemií) a vzestupem redukováného hemoglobinu nad 50 g/l.

Hypotonie – patologicky snížený svalový tonus, nižší odpor při pasivním natahování svalu.

Příčiny

- Hypoxie, asfyxie
- Srdeční vady
- Závažné pneumopatie
- Hypotermie
- Infekce
- Metabolické vady
- Neuromuskulární onemocnění
- Medikace rodičky
- Intoxikace

Diagnostika

Stanovení tzv. Apgar score

Anestezioložka dr. Virginie Apgarová v roce 1953 představila první systematickou a jednoduchou metodu vyšetření novorozence.

Hodnocení bodové v 1., 5. a 10. minutě po porodu.

CAVE – nízké hodnoty = vyšší morbidita a mortalita novorozence

	0 bodů	1 bod	2 body
Dýchání	žádná dechová aktivita	nízká dechová aktivita	vydatná dechová aktivita
Srdeční akce	nepřítomná	akce srdeční pod 100/min	akce srdeční nad 100/min
Barva	generalizovaná cyanóza	akrocyanóza	růžová
Reakce na podráždění	žádná	pomalá	okamžitá
Tonus	atonie	hypotonie	normotonie

Diferenciální diagnostika – viz příčiny

Léčebné postupy

- dle etiologie
- zajištění týmu, pomůcek a léků
- včasná resuscitace novorozence – algoritmus dle ERC 2015

Diagnostika, diferenciální diagnostika a léčba náhlých příhod v gynekologii

Viz také „Bolest v těhotenství“, „Bolesti v podbříšku“, „Pánevní bolest“

Rozdělení dle projevů

- Krvácivé
- Nekrvácivé

Rozdělení dle příčiny bolestí:

- Gynekologické
 - ektopické těhotenství
 - ruptura cysty
 - torze adnex
 - PID (Pelvic inflammatory disease), česky „hluboký pánevní zánět“
 - tuboovariální absces
 - ruptura dělohy
- Chirurgické
 - appendicitis
 - divertikulitis
 - ruptura žaludečního vředu
- Urologické
 - renální kolika
 - uroinfekt

Diagnostika – musí být rychlá a vedena tak, aby byla výtěžnost co nejvyšší za co nejkratší dobu!

- anamnéza
 - PM, interní onemocnění, předchozí operace, alergie, medikace
- těhotenství
- nynější obtíže
 - bolest
 - krvácení
 - močení
 - stolice
 - zvracení
- hemodynamický stav pacientky
 - TK, P, saturace
- fyzikální vyšetření
- UZ
 - dle FAST protokolu – dutina břišní, hrudní, perikard
- Laboratoř
 - krevní obraz
 - kompletní koagulace

- biochemie – ionty, jaterní testy, ledvinové funkce, hCG, CRP
- krev na křížovou zkoušku

**CAVE! V opravdu urgentních situacích postačí na odběr dostačující anamnézy několik vět!
Nejsme internisté a opravdu nemusíme vědět, zda měla babička mrtvici v 50 nebo 60 letech!**

Dušnost v těhotenství

Definice

Subjektivní pocit nedostatku dechu nutící pacientku k hyperventilaci

Příznaky

- pocit dechové tísně, dyspnoe
- centrální cyanóza (CAVE nemusí být přítomna u anemické pacientky!)
- tachykardie
- hypotenze, plicní hypertenze
- pokles saturace
- respirační encefalopatie
 - úzkost, neklid, excitace → závrať, únava, poruchy vědomí

Fyziologické změny v těhotenství

- Anatomická kapacita plic se nemění, funkční ano
- Zvýšení bránice – zmenšení inspiračního rezervního objemu
 - Vyšší u vícečetných těhotenství, polyhydramnia, velkých plodů
- ↑ minutové ventilace
- Progesteron zvyšuje citlivost dechového centra na CO₂ a dilatuje bronchy

Příčiny

Stavy urgentní – z plného zdraví

- plicní embolie
- embolie plodovou vodou
- anafylaktický šok – bronchospasmus
- ARDS jako sekundární následek HELLP, preeklampsie, eklampsie, DIC
- levostranné srdeční selhání (kardiomyopatie)
- myokarditis
- TRALI (transfusion related acute lung injury)

Stavy ohrožující život v nejbližších hodinách (postupně se rozvíjející)

- astmatický záchvat/těžké astma
- záněty – bronchopneumonie, akutní laryngitis
- aspirace
- virové infekce (chřipka a její mutace), COVID-19

Stavy bezprostředně neohrožující život

- hysteroidní reakce (nechat zadržet dech na 15s – diferenciatně diagnosticky) – hyperventilační tetanie
- extrémní obezita
- anémie
- kyfokolióza
- změna stavu bránice
 - polyhydramnion
 - vícečetné těhotenství

- fetus magnus
- nikotinismus
- plicní hypertenze – CAVE! Dekompenzovaná může přímo ohrožovat pacientku na životě!

Dle primárně postiženého orgánu

- plicní
- srdeční
- psychogenní
- neuromuskulární
- hematologické
- metabolické

Diagnosticko-terapeutický postup

Rychlé zhodnocení anamnézy

- chronická onemocnění (srdce + VVV, plíce – astma, CHOPN)
- anemie
- aplikované léky (MgSO₄, tokolytika – plicní edém, PGE₂)
- rychlost vzniku, vazba na událost

Postup

1. O₂
2. vitální funkce SpO₂, TK, P, TT
3. rychlé zevní vyšetření: barva kůže (cyanóza, bledost, norma)
4. Astrupovo vyšetření
5. zajištění dvou žilních vstupů + Foley (měření příjem/výdej tekutin)
 - a. medikace dle možné příčiny (Heparin, bronchodilatancia, kardiotonika, kortikoidy, ATB, sympatomimetika)
 - b. Diazepam 10mg i.v.
 - c. analgetika (CAVE ne opiáty)
6. laboratorní vyšetření: KO, VK, KS, CRP
7. další fakultativní vyšetření
 - a. EKG
 - b. CT angio
 - c. ventilačně-perfuzní scan
 - d. kultivace sputa, hemokultura
 - e. MRI
 - f. RTG S+P

CAVE! Současně probíhá stabilizace stavu pacienta, diagnostika příčiny a aktivizace mezioborové spolupráce (zejména intenzivista/anesteziolog).

Dyspareunie

Podle nejnovějšího diagnostického a statistického manuálu DSM 5, který byl uveden v roce 2013, je bolest při sexu definována jako genito-pánevní bolest (genito-pelvic pain) nebo porucha penetrace (penetration disorder). V dřívějších klasifikacích dominovalo rozdělení na vaginismus/ dyspareunie/ vulvodynie

Definice

Dyspareunie – bolesti při pohlavním styku

Rozdělení dle lokalizace:

- Hluboká – endometrióza, cysty ovaria, adheze, záněty, pánevní kongesce
- Střední – atrofie pochvy
- Při poševním vchodu – infekce, anatomické obtíže, poškození tkání, svalové dysfunkce

Příčiny (*Dle databáze UpToDate*)

Vulvární bolest

- Vulvodynie lokální (vestibulodynia)
- Vulvodynie generalizovaná
 - Pudendální neuralgie

Genitourinární syndrom v menopauze

- Urogenitální atrofie

Nedostatečná lubrikace nesouvisející s hypoestrinním stavem

- Nedostatečná vzrušivost při pohlavním styku
- Medikace (antihypertenziva, antidepresiva, anticholinergika...)
- Sjögrenův syndrom

Vaginismus

- Primární
- Sekundární
- Situační
- Spastický
- Kompletní

Urologické obtíže

- Intersticiální cystitis (syndrom bolestivého měchýře)
- Cystitis
- Divertikl uretry

Vulvovaginitis

Hypertonus pánevního dna

Kostrčový syndrom

Poporodní příčiny

- Sekundárně zhojené/nezhojené porodní poranění

- Poruchy anatomické stavby pánevního dna

Endometrióza

Retroverze dělohy

Prolaps pánevních orgánů

Leiomyomy

Pooperační dyspareunie

- Po hysterektomii

Patologie adnex

Adheze v malé pánvi

Alergie na seminální plazmu

Psychogenní příčiny

Prekancerózy

Dermatologické příčiny

- Lichen planus
- Lichen sclerosus

Diagnostika

- anamnéza
- vnitřní a zevní gynekologické vyšetření
 - včetně zhodnocení svalů pánevního dna a eventuální lokalizace místa bolesti, trigger pointy, štětičkový test (VAS)
- sexuální psychoterapie
- EMG
- zobrazovací metody
- urologické vyšetření
- detekce zánětu

Léčebné postupy

- kognitivně – behaviorální techniky
- fyzioterapie
- sexuální psychoterapie
- substituce estrogeny (kde indikováno)
- lubrikanty
- lokální anestetika (neuroleptika)
- vestibulectomie
- botox

Dysurické obtíže a zvýšená frekvence močení v těhotenství

Viz také „Retence moči“, „Abnormální nucení na močení“

Z anatomických příčin (krátká uretra) je normální, že ženy mají nucení na močení častěji než muži

Příčiny v těhotenství:

- útlak močového měchýře těhotnou dělohou
- uroinfekt
- urolithiáza
- Diferenciální diagnostika - Vertebrogenní obtíže, symfyzeolýza atd.

Diagnostika

- Jako při obdobných obtížích netěhotných
- Klinický obraz
 - pálení/řezání při močení
 - bodání za sponou
 - palpační bolestivost za sponou a v přední klenbě (per vaginam)
 - teploty
 - **Tapottement!**
- Moč orientačně proužkem (případně laboratorně biochemie, sediment, kultivace)
- ATB terapie při známkách infekce
- Konzultace urologa při podezření na urolithiázu (kolikovitě bolesti, hematurie, UZ – dilatace KPS, konkrementy)

CAVE! Průkaz GBS z moči je také považován jako pozitivní nález k indikaci ATB profylaxe před porodem (i po přeléčení IMC)

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Obvykle ATB léčba dle citlivosti a trimestru (CAVE! omezení použití některých ATB v těhotenství).

Dysurie, pomalý proud, pocit rezidua

Níže uvedené symptomy patří mezi vyprazdňovací a postmikční symptomy

Dysurie – stížnost na pálení či jiný diskomfort během močení. Ten může být vázaný k dolním močovým cestám, či k zevnímu genitálu (vulvální dysurie)

Pomalé rozmočení – stížnost na zpoždění během začátku močení

Slabý proud – stížnost na proud moči vnímaný jako slabší v porovnání s minulostí či v porovnání s ostatními

Přerušovaný proud – stížnost na jedno či více nechtěné přerušení močení

Zvýšená námaha při vyprazdňování

- Rozdělený proud moči
- Pocit nevyprázdnění se
- Postmikční únik

Močení závislé na poloze – stížnost na nutnost zaujetí specifické polohy k spontánnímu močení či k zlepšení vyprázdnění měchýře, např. nahýbání kupředu či vzad na toaletě či močení v polostoje

Retence moči – stížnost na nemožnost vymočení bez ohledu na úsilí

Vyšetření

- Anamnéza
- Klinické vyšetření
- Zobrazovací metody
- Urodynamické metody
- Kalibrace uretry (norma 24 Charr)
- Konziliární vyšetření
 - Psycholog: historie stresových událostí, rodinné a pracovní vztahy, psychiatrická anamnéza
 - Proktolog, gastroenterolog: vyšetření anorektální oblasti
 - Infekční vyšetření: mikrobiologické vyšetření moči, stolice, poševní stěr
 - Neurolog: neurologické vyšetření, EMG
 - Fyzioterapeut

Diferenciální diagnostika dysurie

- Hyperaktivní močový měchýř

- Inkontinence moči
- Infekce moči
- Vulvodynie
- Neurologické komplikace
- Neuropatická bolest
- Neuralgie
- Trauma

Diferenciální diagnostika vyprazdňovacích a postmikčních symptomů

- Obstrukce anatomické a funkční (sestup pánevních orgánů, stenóza uretry, hypertonus svalstva pánevního dna)
- Snížená aktivita detrusoru
- Neurologické komplikace (vertebrogení obtíže, neuropatie, komplikace diabetu)
- Medikace (antihistaminika, tricyklická antidepresiva, spasmolytika, antipsychotika...)
- Infekce
- Trauma
- Obtížné močení částečně normální po velkém operačním výkonu (CAVE! denervace po onkogynekologických výkonech, nebo poranění sympatiku)
- Neuralgie atd.

Léčebné postupy

Dle zjištěné příčiny

- Například sestup (fyzioterapie, pesaroterapie, chirurgická korekce sestupu...)
- Stenóza uretry (dilatace, discize uretry)

Fluor z pochvy u pacientky ve fertilním věku

Viz otázka „Výtok z pochvy“

Léčebné postupy

Vždy dle vyvolávající příčiny

- většinou léčba infekce

Hmatná rezistence v prsu

Rezistence

- Benigní
- Maligní

Příčiny

- Hmatná mléčná žláza – v těhotenství, fyziologický nález
- Zánět, absces
- Fibroadenom
- Jizvy po předchozích výkonech, ozařování
- Cysty
- Adenóza prsu (CAVE! Fyziologická v těhotenství)
- Karcinom prsu
- Ostatní tumory
 - Papilom
 - Hamartom
 - Fistula atd.

Další změny v prsu

- Bolestivost
- Změna tvaru či velikosti prsu
- Sekrece z bradavky
- Zarudnutí a mokvání v oblasti dvorce bradavky
- Vtažení kůže
- Zarudnutí kůže
- Edém kůže
- Změny mimo prs (bulka v podpaží, nad klíčkem, lymfedém horní končetiny)

Vyšetřovací metody

- Palpace
- UZ prsu
- Mamografie
- Punkce, biopsie
- MRI
- Scintigrafie

Léčebné postupy

1. zobrazovací diagnostika
2. biopsie
3. observace nebo chirurgická léčba event. onkologická léčba při maligním nálezu

Hypertenze po 20. týdnu těhotenství

Definice

Obecná diagnostická kritéria WHO pro hypertenzi – TK vyšší nebo rovný 140/90mmHg, změřený takto ve dvou ze tří po sobě jdoucích měřeních, mezi nimi musí být období klidu.

Pokud splněno = těhotenská hypertenze

Pokud proteinurie přítomna = preeklampsie

Rizika hypertenze pro matku – progresse v preeklampsii/eklampsii, CMP, IM

Rizika hypertenze pro plod – růstová restrikce, chronická hypoxie plodu až fetální úmrtí

Diagnostika

- Laboratorní vyšetření
 - KO, biochemie
 - proteinurie (významná více jak 0,3 g/24 hod)
 - nebo poměr bílkovina kreatinin (významná = více jak 0,030 mg/ml kreatininu)
- UZ biometrie a flowmetrie k vyloučení fetální růstové restrikce

Diferenciální diagnóza

- Esenciální hypertenze (typicky začátek hypertenze před 20.týdnem)
- Sekundární hypertenze (nejčastěji nefropatie)

Léčebné postupy

Antihypertenziva – methyldopa, amlodipin

Selfmonitoring TK matky doma.

Pravidelně kontroly laboratorních vyšetření a UZ biometrie plodu.

Při absenci známek ohrožení plodu/matky běžná prenatální péče.

Cílem prodloužení těhotenství.

Hypertonus dělohy u těhotné

V těhotenství jednoznačně nejzávažnější a v podstatě výhradní příčinou hypertonu je abrupce (předčasné odlučování) placenty.

Projevy

- Krvácení
- Vzácně bez krvácení (retroplacentární hematom)

Diagnostika

Klinická!

- hypertonus dělohy při palpačním vyšetření = trvalá kontrakce + retrakce dělohy
- chybí mezikontrakční relaxace dělohy
- někdy krvácení z rodidel
- ultrazvuk umí odhalit méně často (retroplacentární hematom)
- riziko pro matku (hemorrhagický šok) a dítě – asfyxie + anémie až fetální úmrtí
- Často odhalí monitor plodu, kde charakteristický obraz pozdních decelerací až bradykardie plodu

CAVE! Pokud je přítomna klinicky zjevná abrupce placenty provázená hypertonem, je jedinou léčbou okamžitá intervence = císařský řez!

Hypotenze po gynekologické operaci

Hypotenze

- Pokles TK pod 100/65 mmHg

Dle tepové frekvence:

- S normální tepovou frekvencí
- Se zvýšenou tepovou frekvencí
- Se sníženou tepovou frekvencí

CAVE! Šokový index – poměr mezi tepovou frekvencí a systolickým krevním tlakem

Normální	0,5
Rozvinutý šok	1,0
Těžký šok	2,0

Dle patofyziologie

- Nízký intravaskulární objem
 - Krvácení (akutní, např. do dutiny břišní, vaginální)
 - Dehydratace
 - Nízký onkotický tlak (ascites, cirhóza, malnutrice, nefrotický syndrom, protein-lose enteropatie...)
- Nízká rezistence periferního řečiště
 - Ortostatický kolaps
 - Antihypertenziva
 - Dehydratace
 - Insuficience žil DK
 - Sepse, septický šok
- Nízký srdeční výdej (při srdečním selhání)
 - ICHS
 - Plicní embolie

Diferenciální diagnostika

- Anamnéza
- Průběh operace
 - Indikace
 - Délka výkonu
 - Krevní ztráty
 - Výkon na velkých cévách, s resekci orgánů
 - Peroperační komplikace
- Poruchy koagulace

CAVE! Klinický stav pacientky! Kontrola, zda se jedná o mimořádnou událost nebo je pacientka přirozeně s nižším TK.

CAVE! I při miniinvazivních výkonech (laparoskopie) může dojít ke skrytému poranění velkých cév!

Diagnostika

- UZ FAST protokol
 - Volná tekutina v Cavum Douglas, v podjaterní krajině, v hrudníku, v perikardu
- vaginální UZ
- odběr krve – krevní obraz (lze bedside test), koagulační parametry
- po vaginálním výkonu kontrola per vaginam
- kontrola obsahu drénů
- opakované měření vitálních funkcí

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- náhrada krevního objemu (krevní preparáty, volumexpandéry)
- podpora oběhu katecholaminy (noradrenalin)
- úprava medikace (předávkování antihypertenzivy)
- operační revize

Hypotenze po porodu

Viz také „Hypotenze po gynekologické operaci“

Hypotenze – pokles TK pod 100/65 mmHg

Příčiny

Dle patofyziologie

- Nízký intravaskulární objem
 - Krvácení (akutní, např. do dutiny břišní, vaginální – hypotonie)
 - Dehydratace
 - Nízký onkotický tlak (ascites, cirhóza, malnutrice, nefrotický syndrom...)
- Nízká rezistence periferního řečiště
 - Ortostatický kolaps
 - Antihypertenziva
 - Insuficience žil DK
 - Sepse, septický šok
- Nízký srdeční výdej (při srdečním selhání)
 - ICHS/IM
 - Plicní embolie

Dle projevu

- Krvácivé příčiny
- Nekrvácivé příčiny

Po porodu

- Krvácení – PŽOK
- Dehydratace
- Předávkování antihypertenzivy
- Vedlejší efekt epidurální analgezie
- Poranění vnitřních orgánů – slezina, játra
- Ruptura dělohy
- Embolie plodovou vodou

Diagnostika

- Anamnéza
- Hypotenze po užití farmak/drog
- Vitální funkce – TK, TF, SpO₂
- Projevy krvácení
 - Krev před rodidly
 - Krev v pochvě – v pochvě mohou být velká koagula bez zjevného zevního krvácení!
- UZ (Ize FAST protokol)
 - dilatace dutiny děložní tekutou krví nebo koaguly

- Volná tekutina v Cavum Douglasi, v podjaterní krajině, v hrudníku, v perikardu
- Odběr krve – krevní obraz (lze bedside test), koagulační parametry
- Po vaginálním výkonu kontrola per vaginam
- Kontrola obsahu drénů (po SC)
- Opakované měření vitálních funkcí
- Průběh porodu a poporodního období
 - Délka / komplikace porodu
 - Délka/komplikace/indikace S.C.
- Dosavadní měřitelné/odhadnutelné krevní ztráty
- Chronická onemocnění (poruchy koagulace)
- Po EDA – většinou postačí korekce infuzní terapií

CAVE! K hypotenzi při krvácení dochází až při ztrátě nad 30-40 % objemu krve, do té doby pouze zvyšování tepové frekvence! Při náhlé krevní ztrátě nejprve vzniká tachykardie, TK dlouho normální a následně rychle dekompenzuje!

CAVE! Relativní hypotenze u pacientky s hypertenzí před porodem.

CAVE! fyziologicky nízkotlaké pacientky.

CAVE! může dojít ke skrytému poranění a krvácení (parakolpium – hematom pod sliznicí).

Léčebné postupy

Mezioborová spolupráce (anesteziolog!)

- Odstranění vyvolávající příčiny
- Současně hemodynamická stabilizace pacientky (infuze, TRF, koagulační faktory/ plazma)

Chronická pánevní bolest

Viz také všechny ostatní kapitoly o bolesti

Chronická bolest

Bolest, která trvá více než 3-6 měsíců

Příčiny

Gynekologické

- Dysmenorea
 - Primární
 - Sekundární
- Premenstruační syndrom
- Ovulační bolesti (Mittelschmerz)
- Endometrióza
- Intraabdominální adheze
- Adenomyóza
- Myomy děložní
- Pelvic inflammatory disease (PID) – hluboký pánevní zánět
- Infekce STD
- Malignita
- Syndrom pánevní kongesce
- Syndrom ponechaného ovaria

Gastrointestinální (v kombinaci s chirurgickými příčinami)

- Syndrom dráždivého tračníku
- Inflammatory bowel disease IBD
 - M. Crohn
 - Ulcerózní kolitida
- Nespecifický střevní zánět
- Divertikulitida
- Celiakie
- Chronická střevní obstrukce
- Chronická zácpa
- Malignita
- Hernie

Urologické

- Syndrom bolestivého močového měchýře (intersticiální cystitida)
- Jiné
 - Malignita
 - Cizí těleso
 - Urolithiáza

Muskuloskeletální

- Bolesti myofasciální
 - Coccygodynie
 - Bolesti pánevního dna
- Fibromyalgie
- Bolesti z nesprávného postoje páteře
- Osteitis pubis

Neurologické

- Poranění nervů
- Uskřinutí nervů

Ostatní

- Psychiatrické onemocnění (deprese, hypochondrismus)
- Psychosomatické onemocnění

Diagnostika

- Anamnéza
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- Lokalizace bolesti
 - Vlevo/vpravo
 - Hypogastrium/mezogastrium/epigastrium
 - Oblast pupku
- Charakter bolesti
 - Nástup bolesti
 - Náhlá
 - postupná
 - Kvalita bolesti
 - Kolikovitá
 - Křečovitá
 - Tlaková
 - Ostrá
 - Tupá
 - Trvání bolesti
 - Akutní (opakovaně)
 - Intermitentní (při určité situaci – soulož, močení, menses atd.)
 - Chronická (trvající pořád)
 - Průběh
 - Cyklická – vázaná na menses, ovulaci
 - Acyklická
- Laboratorní parametry
 - Zánětlivé markery
 - hCG
- Kultivace

- Moč
- Výtěr z pochvy
- Zobrazovací vyšetření
 - UZ vaginální i abdominální
 - RTG nativ/kontrast
 - CT
 - MRI
 - PET
- Diagnostická laparoskopie

Léčebné postupy

Z pohledu gynekologa (jedná se multidisciplinární problém) je klíčová verifikace / vyloučení pánevní endometriózy (ETRS), což je onemocnění (u premenopauzálních žen) velmi časté a mnohdy obtížně diagnostikovatelné – základem správné diagnostiky je cílená anamnéza a palpační vaginální vyšetření.

- Léčba vždy závisí na zjištěné (potenciální) příčině bolestí.
- V případech **ETRS** (s výjimkou např. nálezu atypických endometriomů ovaria, kdy jasně nelze vyloučit malignitu), se dříve než operace zvažuje nasazení **hormonální léčby** (antikoncepce, gestageny), jež může mít dlouhodobý symptomatický efekt, zatímco léčba chirurgická je zatížena četným výskytem recidiv.
- U pacientek s ETRS a sterilitou se před léčbou operační zvažuje mimotělní oplození (**IVF**)
- Zařazení **laparoskopie** (LPSK) do algoritmu léčby pánevní bolesti bez evidentního objektivního nálezu (z opakovaných, expertních klinických, laboratorních a zobrazovacích vyšetření) je sporné a pacientka by měla být poučena, že možnost negativního (normálního) nálezu v pánvi je vysoká.
- Při evidentním předoperačním zjištění **hluboké ETRS** (DE) by pacientka měla být odeslána do **centra** pro léčbu endometriózy, kde podstoupí adekvátní předoperační vyšetření (expertní ultrazvuk, magnetická rezonance), pohovor o pravděpodobném rozsahu výkonu a možných komplikacích (resekce rektosigmoidea, močovodu či měchýře) a případně operaci s ev. zajištěním multidisciplinárního přístupu (chirurg, urolog). Operují se téměř výlučně pacientky symptomatické (zejména pokud selhává konzervativní léčba) a především u nullipar má být operace více zaměřena na DE než na samotná ovaria (šetření tzv. ovariální rezervy). Maximální přednost je dáována mini-invazivnímu laparoskopickému přístupu před laparotomií, mj. proto že snižuje riziko pooperačních adhezí.
- Při laparoskopii pro chronickou pánevní bolest (pelipathii) je kromě obvyklých projevů a lokalit ETRS, vždy věnována pozornost ev. výskytu / vyloučení **adhezí** či jiných projevů **pooperačních** stavů či proběhlého pánevního **zánětu** (PID), případně projevům chronického dráždění **apendixu** (vyskytuje se až u 10 % případů ETRS, ev. v souvislosti s koincidentním PID či samozřejmě izolovaně). Cílem operátora je

obnovení normálních anatomických poměrů (adheziolýza, eliberace orgánů), případně apendektomie, event. resekce tuby, ovaria či celých adnex (a spíše výjimečně provedení hysterektomie), samozřejmě v kontextu peroperačního nálezu, věku a reprodukční anamnézy, resp. plánů pacientky. Klíčový, mj. z hlediska případných lékařsko-právních konsekvencí, je kromě podpisu adekvátního informovaného souhlasu (v němž je mnohdy obtížné předvídat všechny možné varianty), předoperační pohovor operátéra s pacientkou.

- Při neúspěchu standardní gynekologické léčby pacientky je ke zvážení mj. konzultace s fyzioterapeutem, psychologem, ev. obezitologem či léčba lázeňská.

Inkontinence moči

Viz „Únik moči“

Inkontinence stolice po porodu

OASI – obstetric anal sphincter injury

Klasifikace:

- Únik plynů
- Únik tekuté stolice
- Únik tuhé stolice

- Časná po porodu
- Pozdní (persistující)

- Malá inkontinence stolice – „špinění“ nebo příležitostný odchod stolice
- Velká inkontinence stolice – úplné vymizení volné kontroly defekace

Diferenciální diagnostika

- Těhotenství a poporodní stavy – po porodu velkého plodu, klešťovém porodu, prolongované II. doby porodní – strukturální poškození análního sfinkteru
- Poranění svalů a nervů pánevního dna
- Gynekologická onemocnění, chirurgické výkony – pooperační následky po operacích píštělí, hemeroidů, resekci střeva, radioterapii, ...
- Chronická zácpa – obtékání tekuté stolice kolem koprolytu
- Traumata v oblasti pánve
- Degenerace vnitřního análního svěrače
- Neurologická onemocnění
- Průjem – infekční, dietní chyba, farmaka atd
- Vrozené vývojové vady – spina bifida, ...
- Prolapsy rekta a anu
- Tumory rekta a anu

Diagnostika

- Anamnéza (průběh porodu)
- Dotazníkové šetření – Wexner, St. Marks
- Per rectum
- UZ vyšetření svěrače
- Rektoskopie
- Rektální manometrie
- Anální EMG

Kardiopulmonální dekompenzace a náhlá zástava srdeční při a po gynekologické operaci

Nejčastější příčiny zástavy srdeční – 4T a 4H (dle ERC Guidelines)

4T

- Tenzní pneumothorax
 - operace bránice (onkologické výkony)
 - zavádění CŽK
- Tamponáda srdeční
 - srdeční vady
- Trombembolická nemoc
 - koronární (akutní IM), plicní embolie
 - více pooperačně
 - změny na EKG, dušnost, elevace D-dimerů
- Toxidromy
 - zejména akutní výkony a nepřipravených pacientek (náhlé příhody bříšní, akutní císařské řezy atd)

4H

- Hypovolemie
 - masivní krvácení
- Hypoxemie, hypoxie
- Hypokalemie, hyperkalemie, metabolické příčiny (H...pH)
 - bedside testování iontogramu
- Hypotermie, hypertermie
 - u plánovaných výkonů prakticky není

Také myslet na předávkování anestetikem při výkonu!

Léčebné postupy

- Snažíme se najít reverzibilní příčiny zástavy oběhu (4H, 4T) a léčit je
- Kontrolujeme pozici a kontakt elektrod
- Zajistíme i.v. přístup, dýchací cesty (intubace, laryngeální maska), pokud již nejsou zajištěny, podáváme kyslík
- 30 kompresí hrudníku (frekvence 100/min), poté 30:2 (komprese:umělé vdechy)
- Farmakoterapie – rozšířená KPR
- Při komorové fibrilaci nebo bezpulzové komorové tachykardii – defibrilace

Kolapsové stavy v těhotenství

Náhlé bezvědomí při porodu a po porodu

Kritický stav v těhotenství!

V těhotenství

- snížení funkční reziduální kapacity plic
- zvýšená spotřeba kyslíku
- zpomalená motilita žaludku (aspirace)

Stavy bezvědomí

- *Presynkopa* – neúplné vyjádření synkopy (vertigo, poruchy smyslových funkcí)
- *Synkopa* – náhlá, krátkodobá ztráta vědomí a posturálního tonu s následnou spontánní úpravou
- *Koma* – dlouhodobá ztráta vědomí (minuty-hodiny), kvalitativní porucha vědomí

Nejčastější příčiny

- Syndrom aortokavální komprese
- Neurokardiogenní synkopa
- Hemoragický šok
- Epilepsie
- Embolizace plodovou vodou

Příčiny poruchy vědomí u těhotných

Selhání dýchání, dýchacích cest

- Obstrukce dýchacích cest
- Anafylaxe
- Respirační selhání
- Trauma

Selhání oběhu

- Hemoragický šok
- Aortokavální komprese
- Ortostatická (změna polohy)
- Reflexně situační (postprandiální, postmikční)
- Infarkt myokardu
- Plicní embolie
- Arytmie
- Srdeční zástava
- Jiná onemocnění srdce
- Septický šok
- Embolizace plodovou vodou
- Trauma

Selhání CNS

- Epilepsie

- Eklampsie
- Trauma
- Intrakraniální krvácení
- CMP
- Předávkování hypnotiky nebo sedativy, drogami, alkoholem
- Infekce CNS
- Hypertenzní encefalopatie
- Edém mozku
- Intrakraniální expanzivní proces
- Sheehanův syndrom

Metabolické příčiny

- Hypoglykémie
- Hyperglykémie
- Hyponatrémie
- Hyper/hypokalcémie
- Hypermagnezémie
- Jaterní encefalopatie

Ostatní

- Iatrogenní /anesteziologická/ komplikace
- Tokolytika
- Magnezium sulfát
- Psychiatrické příčiny
- Intoxikace

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny!

- zhodnocení stavu dle ABC
- event. zahájit KPR
- úprava vnitřního prostředí
- další léčebný postup dle příčiny, obvykle ale např. zástava krvácení, antiepileptika, antikonvulziva atd.

CAVE! Při řešení je matka vždy na prvním místě!

Komplikace antibiotické léčby

Diferenciální diagnostika

- alergická reakce
- průjem
- dysmikrobie

Příznaky

- alergické projevy (exantém, otoky, dechové obtíže...)
- průjem (po dlouhodobé léčbě širokospektrými antibiotiky)
- bolesti břicha, tenesmy
- výtok z pochvy, svědění...

Diagnostika

- kožní vyšetření
- kultivace stolice (výtěr z rektu)
- stanovení enterotoxinů ze stolice
- výtěr z pochvy – nativní mikroskopie
- kultivace z pochvy

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- odstranění vyvolávající příčiny (např. při alergické reakci)
- změna antibiotik dle citlivosti
- probiotika
- antiseptika, antimykotika, antibiotika při léčbě vaginálních dysmikrobií

Krvácení mimo cyklus

Viz také kapitoly „Krvácení v postmenopauze“ a „Nepravidelné menstruační krvácení“ a další

Krvácení po porodu

Viz také „Krvácení v pozdním šestinedělí“

Šestinedělí – období začínající bezprostředně po porodu, trvá 6-8 týdnů, dochází v těle k „návratu do normálního stavu“

- Krvácení je částečně normální – odcházejí očišky (lochia)
- Délka krvácení/špinění je značně individuální, nicméně tendence by měla být zmenšující se (po kojení možné krátkodobé zesílení krvácení)

Krvácení v šestinedělí

- Časně formy
- Pozdní formy

Příčiny primárního krvácení

- Poruchy děložního tonu – 70%
 - poporodní hypotonie děložní
- Trauma
 - lacerace hrdla, pochvy, perinea
 - pánevní hematomy
 - děložní ruptura, peroperační komplikace
 - inverze dělohy
- Patologie tkání
 - placenta adherens, placenta accreta
 - rezidua post partum
- Koagulopatie

Příčiny sekundárního krvácení – viz Krvácení v pozdním šestinedělí

Diagnostický postup:

- Anamnéza, průběh porodu
- Zevní a vnitřní vyšetření in speculam
- Pečlivá aspekce poševní stěny a hrdla děložního
- Per rectum – odhalení skrytého poranění konečníku
- Ultrazvukové vyšetření
- Laboratoř

CAVE! Anamnézu odebrat co nejstručněji, pokud je krvácení akutní s rychlou a velkou krevní ztrátou

Léčebné postupy

Dle příčiny

Algoritmus řešení atonie/hypotonie děložní

- odběr vstupního krevního obrazu a koagulačního vyšetření – vyloučit DIC

- zajištění dvou žilních vstupů
- měření krevních ztrát – nad 1500 ml odhadu krevní ztráty = peripartální život ohrožující krvácení
- podání uterotonik – i.v. oxytocin nebo carbetocin
 - Pokud nestačí, rektálně misoprostol (PGE1, 4x200 ug) nebo Prostin 15M (analog PGF2alfa) intracervikálně
- pokud uterotonika nestačí, mechanická okluze dutiny děložní Bakriho balónem
- pokud Bakriho balón nestačí a umožňuje to pracoviště, lze řešení okluze aa. uterinae cestou intervenční radiologie
- pokud nestačí, tak laparotomie a „step by step“ devaskularizace dělohy = selektivní ligatura aa. uterinae nebo a. iliaca interna
- pokud devaskularizace nestačí, pak hysterektomie
- paralelně s výše uvedenými opatřeními volumexpanze – krystaloidy, koloidy, náhrada krevní ztráty transfuzí
- při ztrátě nad 1500 ml podat fibrinogen
- při průkazu koagulaopatie (DIC) adekvátní řešení dle laboratorního vyšetření = fibrinogen, plazma, tranexamová kyselina

CAVE! Vždy multidisciplinární řešení! Ideálně kombinace porodník – anesteziolog – hematolog

Krvácení za porodu

Také viz „Krvácení po porodu“!

Diagnostika

Krvácení v průběhu porodu

Příčiny

I a II. doba porodní

- abrupce placenty
- poranění dělohy = ruptura dělohy
 - nejčastěji v jizvě po SC, myomektomii
 - krvácení
 - kontinuální bolest břicha
 - patologické CTG
 - vymizení děložní činnosti
- ruptura děložního hrdla
- pochvy při progresi vaginálního nálezu – možné odhalit palpačně, definitivně však až po porodu

III. doba porodní

- vyloučit trauma porodních cest
 - vyloučením zdroje krvácení pomocí gynekologických zrcadel
- vyloučit rezidua post partum = retence kotyledonu, blan
 - UZ vyšetření
 - paralelně vždy lépe přímo vyloučit pomocí revize dutiny děložní tupou Bummovou kyretou pod UZ kontrolou v anestézii (celková, epidurální)
 - podpora děložní retrakce uterotoniky – oxytocin, carbetocin, prostaglandiny

Pokud vyloučené výše uvedené = atonie/hypotonie dělohy

Krvácivé projevy v souvislosti s těhotenstvím

Viz otázky krvácení v těhotenství, po porodu a v šestinedělí

Krvácení po styku v těhotenství

Viz také „Krvácení po styku“

Viz také „Krvácení v I., II., III. trimestru těhotenství“

V těhotenství výrazně větší prokrvení zevního a vnitřního genitálu – krvácení silnější.

CAVE! Abrupce placenty!

Kontaktní krvácení a krvácení po styku

Krvácení po styku

- přítomno ihned – krev je obvykle jasně červená, nebo je patrné s odstupem – krev je obvykle tmavá nebo hnědá
- intenzita kolísá od silného krvácení po špinění, současně může být přítomný i výtok, zvláště alarmující je vodnatý, zapáchající výtok, který připomíná „vyprané maso“ a který je typický projev karcinomů.

Krvácení po styku může nastat kdykoliv během pohlavního života, snadněji k němu dochází v průběhu těhotenství kvůli fyziologické hyperémii.

Diagnostika

Pro diagnostiku je zásadní anamnéza, klinické vyšetření včetně vyšetření v zrcadlech a kolposkopického vyšetření. Při nemožnosti vyloučit malignitu vždy vhodné odebrat z krvácejícího místa biopsii.

- Anamnéza
- Krev
 - světlá (čerstvá)
 - tmavá (stará)
- Bolesti
 - ano
 - ne
- Intenzita krvácení – subjektivně nepřesné, objektivní dotaz na počet vloček
- Fluor, zápach
- Zdroj krvácení – aspekce zevního genitálu, vyšetření in speculam event. per rectum, vaginální UZ
 - poranění zevního genitálu
 - poranění uretry
 - krvácení z rekta (anální styk, cizí těleso)
 - krvácení z hymenálního okraje při defloraci (fyziologické)
 - poranění stěny poševní
 - Lichen ruber planus
 - purulentní kolpitida, některé STD
 - krvácení z pooperačních změn – caro luxurians, píštěl, dehiscence poševního pahýlu, krvácení z pokonizačního defektu aj.
 - krvácení z čípku děložního
 - ektopium cervixu – fyziologický stav; ektopie, vaginální adenóza
 - poranění
 - zánětlivé změny (cervicitis)

- prekancerózy děložního hrdla, vaginy
- tumory hrdla děložního, výjimečně endometria, vulvy nebo sekundární šíření jiných nádorů (rektum, metastázy)
- cervikální nebo vaginální polypy včetně deciduálních, event. endometriální polyp protrudující do pochvy
- Atrofická vaginitida u kojících a v menopauze
- Endometrióza ektocervixu, rektovaginálního septa, vaginy
- krvácení z dutiny děložní – nemusí souviset s pohlavním stykem
 - fyziologické (menses)
 - patologické (karcinom, abortus, ektopické těhotenství atd.)
 - myoma nascens

CAVE! Zavádění cizích těles!

Léčebné postupy

Cílená terapie příčiny, primárně vždy nezbytné vyloučit malignitu!

Krvácení v I. trimestru těhotenství

- Krvácení z rodidel do 12. týdne těhotenství
- Kromě ektopického těhotenství se většinou nejedná o ŽOK

Diferenciální diagnostika

- Spontánní potrat (abortus spontaneus)
 - Nekomplikovaný (hrozící – imminens, počínající – incipiens, probíhající – in cursu, kompletní – completus)
 - Komplikovaný (protrahovaný – protractus, neúplný – incompletus, horečnatý – febrilis, zamklý – missed abortion)
- Mimoděložní těhotenství (graviditas extrauterina)
- Syndrom mizejícího dvojčete
- Gestační trofoblastická nemoc: mola hydatidosa, choriokarcinom
- Zánětlivé onemocnění hrdla děložního a pochvy (cervicitis, kolpitis)
- Deciduální polyp
- Malignita hrdla děložního
- Úrazy a poranění rodidel, břicha

Diagnostika

- anamnéza
 - barva krve, množství krve (počet vložek), trvání krvácení
 - vyvolávající moment – fyzická aktivita (pohlavní styk?), stres
 - bolesti
 - průvodní obtíže
 - předchozí vyšetření gynekologem?
- zevní, v zrcadlech, kolposkopie, palpační gynekologické vyšetření
- UZ
- laboratoř (KO, APTT, INR, hCG – opakovaně – trend, KS + Rh, biochemie)
- dodatečná Dg – histologie

Léčebné postupy vycházejí z určené diagnózy

- Hrozící potrat – klid na lůžku (PN, ev. hospitalizace), hemostyptika, vitaminové preparáty ovlivňující kapiláry (Ascorutin), podpora funkce žlutého tělíska čistým progesteronem (Utrogestan)
- Komplikovaný potrat neúplný – instrumentální revize dutiny děložní v celkové anestezii
- Horečnatý potrat – operační výkon ve cloně antibiotik a prevence TEN nízkomolekulárním heparinem
- Zamklý potrat, mola hydatidosa – instrumentální evakuace dutiny děložní
- Mimoděložní těhotenství – operační řešení laparoskopicky

- Zánětlivá onemocnění hrdla děložního a pochvy – vaginální léčba dle kultivace a citlivosti
- Deciduální polyp – observace, klidový režim, hemostyptika, vitaminové preparáty ovlivňující kapiláry (Ascorutin)
- Úrazy a poranění dle rozsahu postižení a lokalizace – operační řešení
- Malignity hrdla děložního – řešení v režii onkogynekologa

Krvácení ve II. a III. trimestru těhotenství

Krvácení ve druhém trimestru těhotenství

- Krvácení od 12.týdne – 28.týdne těhotenství
- Částečně se překrývající s příčinami krvácení v I. a III. trimestru

Příčiny porodnické:

- Abortus imminens, incipiens, in cursu (první polovina II. trimestru)
- Partus praematurus
- Placenta praevia
- Abrupce placenty
- Ruptura dělohy
- Vasa praevia
- Deciduální polyp

Příčiny neporodnické:

- Úrazy
- Cizí těleso v pochvě
- Záněty
 - pochva, vulva – nejčastěji kvasinky, léčba clotrimazol
 - cervix – chlamydie, léčba makrolidy
 - gonokoky – léčba ceftriaxon
- Koagulopatie
- Genitální tumory, polypy hrdla
- Vulvovaginální varikozity
- Hematurie
- Koagulopatie

Diferenciální diagnostika:

- Hematurie – zánět, konkrement
- Krvácení z GIT
 - Hemeroidy
 - Ca rekta
 - M. Crohn

Diagnostika:

Rozlišit, zda se jedná opravdu o krvácení gynekologické či jiné (těhotná často udává krev na vložce – nemusí být nutně gynekologické etiologie)

Naprosto zásadní **vyšetření v zrcadlech** – lokalizace zdroje krvácení!

- Krvácení ze zevního genitálu
- Krvácení z pochvy
- Krvácení z hrdla
- Krvácení z dělohy
- Extragenitální příčiny

- UZ abdominální/vaginální
- Laboratorní vyšetření – KO, koagulace

CAVE! V těhotenství výrazně větší prokrvené zevního a vnitřního genitálu – krvácení silnější, tkáně křehčí a náchylnější na krvácení (např. po styku, po velké fyzické námaze atd.)

Léčebné postupy

Dle jednotlivých příčin

Krvácení ve III. trimestru těhotenství

Viz také kapitolu krvácení ve II. trimestru

- Krvácení po 28.týdnu těhotenství (také jako pozdní či antepartální krvácení)
- Nejčastější příčina mateřské mortality

Příčiny:

- Partus praematurus
- Placenta praevia
- Abrupce placenty
- Ruptura dělohy
- DIC sekundárně z jiné příčiny
- Vasa praevia
- Ostatní (méně intenzivní krvácení)
 - Cervicitis
 - Úrazy
 - Vulvovaginální varikozity
 - Genitální tumory
 - Infekce
 - Hematurie
 - Ruptura marginálního sinu placenty

Diferenciální diagnostika:

- Hematurie
- Krvácení z GIT
 - Hemeroidy
 - Ca rekta
 - M. Crohn

Diagnostika:

- Zevní vyšetření
- Vyšetření gynekologické
 - in speculam

- per vaginam
- UZ abdominální/vaginální
- Laboratorní vyšetření

CAVE! K diagnostice patří také rozdělení zevního a vnitřního krvácení

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Porod per sectionem

- abrupce placenty
- placenta praevia
- komplikace předčasného porodu

Krvácení v pozdním šestinedělí

Viz také „Krvácení po porodu“

Krvácení v šestinedělí

- Časné formy
- Pozdní formy

Příčiny primárního krvácení – viz Krvácení po porodu

Příčiny sekundárního krvácení

- Patologický obsah dutiny děložní – 70%
 - *hematometra* (předčasný uzávěr děložního hrdla)
 - *lochiometra* (předčasný uzávěr děložního hrdla vzniklý později)
 - *zadržené blány či kotyledon*
- Subinvoluce dělohy
 - několik dní po porodu, většinou způsobená endometritidou
 - zmnožení očístků s příměsí krve – zapáchající
- Trauma
 - krvácení ze sutury hysterotomie
 - krvácení ze sutury episiotomie nebo rpt. pochvy a cervixu
 - poranění cévy v DDS nedostatečně ošetřené
- Endomyometritis
- Myomatóza
- Trofoblastická nemoc
- Nástup menses

Diagnostický postup:

- Anamnéza, průběh porodu
- Zevní a vnitřní vyšetření in speculam
- Pečlivá aspekce poševní stěny a hrdla děložního
- Per rectum – odhalení skrytého poranění konečníku
- Ultrazvukové vyšetření – po porodu primárně abdominálně
- Laboratoř – KO, CRP, koagulace

CAVE! Anamnézu odebrat co nejstručněji, pokud je krvácení akutní s rychlou a velkou krevní ztrátou

Krvácení z rodidel u dětí a dospívajících

Fyziologické krvácení z rodidel neexistuje v klidovém (neestrogenizovaném) období, patologické krvácení se může vyskytnout ve všech věkových obdobích.

Rozdělení dle období:

1. Období novorozenecké
 - organismus dítěte pod vlivem estrogenů (od matky i svoje)
 - trvá 6-8 týdnů po narození
2. Období klidové
 - trvá cca do 9 let
 - prakticky nulové hladiny estrogenů
3. Období pohlavního dospívání
 - zahajuje gonadarché (počátek produkce estrogenů ve vlastním ovariu)

Diagnostika

- anamnéza
 - menarche matky
 - z osobní anamnézy důraz na onemocnění, léky, bolesti břicha a jejich charakter, bolesti hlavy, úrazy, sport, stres, změny hmotnosti, koitarché
- celkové vyšetření
 - rozvoj sekundárních pohlavních znaků (dle Tannera), výška, hmotnost, BMI
- klinické vyšetření
 - zevní rodidla – známky estrogenizace, cíleně pátráme po VVV, vaginoskopie, palpce pánve – tumory
- funkční poševní cytologie
 - míra estrogenizace na cílové estrogen – dependentní tkáni
- UZ pánve
 - popis dělohy, endometria, ovarií – folikuly, nadledviny, ledviny
 - ev. NMR
- laboratorní vyšetření
 - biochemické vyšetření, hCG, hormonální profil (FSH, LH, estrogen, progesteron, TSH, fT4, androgeny, prolaktin)
- fakultativní vyšetření pediatrické a dětskými specialisty (endokrinologické, gastroenterologické, genetické, psychologické, psychiatrické a další dle diferenciální diagnostiky)

Diferenciální diagnostika a léčebné postupy dle stanovené diagnózy

Období novorozenecké

- Fyziologické krvácení v prvním týdnu po porodu „ze spádu estrogenů“ = pseudomenstruace – neléčit, ale poučit maminku!

- Patologické krvácení – trauma (porod KP), pohlavní zneužití, nádor

Období klidové

- Každé krvácení je patologické – estrogen dependentní tkáně jsou ve stadiu funkčního klidu a minimálního anatomického rozvoje. Verifikace krvácení z pochvy, vyloučit zdroj ze střevního traktu či močových cest.
- Příčiny
 - Úrazy rodidel včetně pohlavního zneužívání a týrání – ošetření za hospitalizace, CAVE! – možná retence moče!
 - Zánět pochvy či hrdla – *Streptococcus beta hemolyticus*, antibiotická léčba celková i lokální dle kultivace a citlivosti
 - Cizí těleso – krvácení z dekubitu, poranění, zánětu (*Staphylococcus*), vyjmutí a léčba zánětu dle kultivace a citlivosti
 - Pubertas praecox vera – léčba v rukou dětského endokrinologa depotními agonisty gonadoliberinu, pubertas praecox partialis = menarche praecox – dispenzarizace
 - Zhoubný nádor pochvy či hrdla – management v rukou dětského onkologa

Období pohlavního dospívání

- Fyziologické krvácení – menarche (10-15 let) a následné menstruace
- Patologické krvácení
 - Poruchy menstruačního cyklu – nejčastější v tomto období
 - **oligomenorea, polymenorea, hypermenorea**, individualizovaná léčba substitucí chybějícího pohlavního hormonu,
 - **juvenilní metroragie** – obvykle jde o anovulační cyklus, dysfunkční krvácení „ze spádu estrogenů“ = pseudomenstruace, může být silná a dlouhotrvající vedoucí k anemizaci a kolapsu dívky, léčba: zástava krvácení kombinací malých dávek estrogenu a gestagenu (tzv. hormonální náraz) s následným odlučovacím krvácením, úprava hemogramu, prevence recidiv podáváním gestagenu ve II. fázi cyklu obvykle 3-6 měsíců, při dg endometritis léčba ATB, klid na lůžku, pitný režim, vitaminy, při podílu hemokoagulační poruchy léčba hematologická
 - **sekundární oligo/amenorea** při poruchách příjmu potravy, regrese pohlavního vývoje, hypoestrinismus, léčba základního onemocnění, hormonální substituce, nikoli antikoncepce – nechceme osu hypotalamus – hypofýza – ovarium blokovat!
 - Poranění rodidel včetně pohlavního zneužívání a znásilnění, zavádění cizích těles – operační revize a sutura
 - Zánětlivá onemocnění – léčba dle kultivace a citlivosti ATB
 - Nádorová onemocnění – management v rukou dětského onkologa

- Komplikace těhotenství

CAVE! Před vyšetřením u mladistvé se nutné dotázat, zda měla pohlavní styk! Podle toho můžeme vyšetřovat vaginální ultrazvukovou sondou! Pozor na věk, ve kterém první styk byl!

Krvácení z rodidel v postmenopauze

Rozdělení příčin dle etáže

- Ze zevních rodidel
 - Atrofie
 - Trauma
 - Malignita
- Z pochvy
 - Atrofie
 - Trauma – např. při hypoestrinismu po styku
 - Malignita
 - Zánět
- Z čípku děložního
 - Benigní nebo maligní nádor
 - Traumatizace při styku event. zavádění předmětů do pochvy
 - Zánět
- Z dělohy
 - Malignita
 - Polyp endometria
 - Myom děložní
 - Adenomyóza
 - Vedlejší účinek HRT
 - Hyperplazie endometria
 - Zánět

Jiné příčiny

- Porucha koagulace
 - také warfarinizace, chronické užívání LMWH, vysoké dávky heparinu
- Postradiační změny
- Infekce

Diagnostika

- Anamnéza
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- UZ diagnostika
 - Vzhled dělohy a adnex
 - Zaměření na endometrium – výška, vaskularizace, novotvary
- Cytologie z děložního hrdla
- Hysteroskopická diagnostika
 - Biopsie endometria, polypektomie
 - Biopsie lze i pomocí probatorní kyretáže

CAVE! Vyloučit také krvácení z uretry a rekta!

Léčebné postupy

V mnoha případech se jedná o pouze anamnestický údaj, který gynekolog při vyšetření již nezastihne. Nepodceňovat a zejména vyloučit malignitu!

- Léčba závisí na zjištěné (potenciální) příčině krvácení.
- Nejčastěji jde krvácení z dělohy. I při negativním ultrazvukovém nálezu nízké děložní sliznice (do 5mm tloušťky) a při suspektním ultrazvukovém nálezu vždy, je ke zvážení **hysteroskopie** (lze ev. provést bez zátěže celkovou anestézií jako ambulantní výkon s pomocí tenkého hysteroskopu s ohledem na komorbidity a věk pacientky a stav děložního čípku), ev. **kyretáž** (vždy v celkové anestézii, necílený výkon „na slepo“). Ev. lze využít ultrazvuková navigace zavedení nástrojů do děložní dutiny, případně tzv. expertní ultrazvuk k vyloučení malignity – zejména u starších polymorbidních žen, jež nechceme zatěžovat zbytečným operačním výkonem.
- Hysteroskopický výkon dle nálezu v dutině děložní: resekce polypu, ev. myomu, biopsie endometria či suspektní léze endometria. Případný nález nitroděložních adhezí obvykle ponecháváme bez ošetření pro jejich nulovou klinickou relevanci. Ev. definitivní léčba dle histologické diagnózy (malignity).
- **Biopsie / resekce** léze suspektní z krvácení v oblasti cervixu, pochvy či vulvy a konečná léčba dle histologického výsledku.
- **chirurgická léčba** (sutura, evakuace hematomu, případně drenáž, antibiotika) při traumatu genitálu.
- **protizánětlivá** léčba při průkazně zánětlivé etiologii.
- **hormonální terapie** (HRT), obvykle lokální, při atrofii pochvy či vulvy a vyloučené prekanceróze či malignitě. Ev. symptomatická léčba svědění, až případně denervační operace vulvy.

Krvácení za porodu

Viz také Krvácení v II. a III. trimestru

Diagnostické parametry

- I., II., III. doba porodní
- Krev světlá nebo tmavá
- Bolesti ano nebo ne
- Vnitřní nebo zevní krvácení

I. doba porodní

- Abrupce placenty
 - ultrazvukové vyšetření
 - bolestivost dělohy
 - změny na CTG
- Krvácení z progrese
 - mírné krvácení
- Jiná patologie placenty
 - vasa praevia
 - placenta praevia

II. doba porodní

- Jako I. doba porodní
- Dále poranění hrdla děložního
 - striktury a jizvy (konizace atd.)
- Těsně před porodem hlavičky – poranění stěny pochvy při prořezávání hlavičky

III. doba porodní

- Nejčastěji krvácení z dělohy
 - nedostatečná retrakce dělohy – zadržaná placentární tkáň
 - placenta adherens, accreta
 - hypotonie, atonie
 - ruptura dělohy
 - poranění děložního hrdla
 - inverze dělohy
- Krvácení z pochvy
 - poranění pochvy, perinea
- Krvácení z rekta
 - poranění stěny rekta

Diagnostika

- Vyšetření v zrcadlech
- Pohmat dělohy/fundu přes stěnu břišní

- Vyšetření per vaginam a per rectum
- Vyšetření ultrazvukem
- Vyšetření koagulačních parametrů

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

CAVE! příčinou může být i koagulopatie (např. DIC) bez zjevného poranění!

CAVE! Vždy myslet také na VVV pochvy (septum)!

Křečovitě stavy po 20. týdnu těhotenství

Definice

Křeč je mimovolný nefyziologický stav, kdy dochází k nadměrnému krátkodobému či dlouhodobému stahu kosterní nebo hladké svaloviny

V textu níže myšleny křeče kosterní svaloviny

Rozdělení

- *tonické* – celková ztuhlost těla, obloukovité prohnutí trupu, pacient přestává dýchat (cyanóza)
- *klonické* – opakované svalové záškuby = střídá se napětí a uvolnění
- *tonicko-klonické*

- *s poruchou vědomí* (epilepsie, eklampsie, obvykle mezi záchvaty)
- *bez poruchy vědomí* (tetanus, tetanie)

Rizika

- prohlubující se respirační insuficience → asfyxie matky → hypoxie plodu
- jiná poranění
- aspirace

Příčiny

CAVE! Nejsou-li jasné příčiny, považuje se křečový stav v těhotenství za projev eklampsie!!!

- Eklampsie – mióza + hyporeflexie, anurie, tmavá moč, HT, edémy
- Epilepsie – mydriáza + hyperreflexie, anamnéza, pomůčení, nárůst vědomí, pokousání jazyka
- Metabolické poruchy:
 - Hypoglykémie
 - Hypokalcémie (+hypoparatyreóza) – zvýšená pohotovost k tonickým křečím; alkalóza při hyperventilaci
 - Hypomagnesémie
 - Uremie
 - Hyponatremie
- Tetanus (spory Clostridium tetani) – blokáda nervosvalového přenosu; potíže se žvýkáním, trismus = zatnutý žvýkácí svaly, generalizace křečí, ochrnutí – udušení při plném vědomí
- Intrakraniální krvácení, CMP
- Febrilní křeče
- Meningitis, encefalitis, absces CNS
- Tumory CNS
- Intoxikace (kokain, amfetaminy, rtuť)
- Léky (PNC, PAD, inzuliny, chlorpromazin - ↓ práh pro vznik křečí)

Diagnostika

- Anamnéza
 - typ křečí, epilepsie, DM, KV onemocnění, trombofilie, úrazy hlavy, abusus, léky, bolesti hlavy, stáčení bulbů
- Životní funkce
 - TK, P, dechová frekvence
- Orientační neurologický nález
 - poranění hlavy, postavení bulbů, izokorie, reakce zornic, motorika, senzitivita, opozice šíje
- Teplota (encefalitida, meningitida, febrilní křeče)
- Laboratoř
 - glykemie
 - ionty: Na, Ca, Mg
 - KO, biochemie, urea, kreatinin, CRP, APTT, INR
 - Astrup
 - moč CH+S
- Toxikologie
- EEG, EKG

Léčba

- volné dýchací cesty, zajištění vitálních funkcí
- MgSO₄ i.v.
- prevence dalších křečí (diazepam 10-20mg i.v./i.m., klonazepam)
- antihypertenzní terapie
- LMWH
- rehydratace
- ukončení těhotenství

Další léčebné postupy

- antibiotika
- antipyretika
- magnesioterapie (např. křeče v lýtkách)

Nadměrné menstruační krvácení

Silné nebo dlouhé menstruační krvácení

Dělení dle příčin – PALM COEIN

Polyp

Adenomyosis

Leiomyoma

Malignancy/hyperplasia

Coagulopathy

Ovulatory dysfunction

Endometrial

Iatrogenic

Not yet classified

Příčiny

- Děložní myomy
- Adenomyóza
- Hyperplazie endometria
- Polypy endometria
- Endometritida
- PID
- Jizva po císařském řezu
- Koagulopatie

Diagnostika

- Anamnéza
- Vnitřní a zevní gynekologické vyšetření
- Zobrazovací metody
 - UZ
- Laboratoř
 - Anemizace
 - hCG
 - LH, FSH, Prolaktin
- Onkologická prevence
 - Cytologie z děložního hrdla
- Další
 - Hysteroskopie – biopsie endometria
 - Trombomutace – koagulopatie
 - STD

Léčebné postupy

Opět platí základní pravidlo, že pacientku lze léčit konzervativně (nechirurgicky), pokud vyloučíme premalignitu či malignitu!

Své místo má i postoj adekvátně vyšetřené a poučené pacientky (myšleno k radikalitě léčby, tzn. konzervativní versus hysterektomie).

- Léčba vždy závisí na zjištěné (potenciální) příčině krvácení.
- Symptomatická léčba (zejména při vyloučení organické příčiny krvácení, ale někdy i při nálezů např. děložních myomů nedeformujících dutinu nebo při zjištění adenomyózy)
 - Tranexamová kyselina, případně venotonika
 - Hormonální antikoncepce
 - Gestageny
 - Medikované nitroděložní tělísko (s gestagenem, LNG-IUS)
 - Hysteroskopická ablace endometria
- **Hysteroskopie**, ev. **frakcinovaná kyretáž** – k vyloučení organické příčiny, zejména malignity, případně k provedení adekvátního výkonu (dle nálezů) – viz. níže.
- **Terapeutická kyretáž** – při neztížitelném, masivním krvácení z dělohy (kdy hysteroskopii nelze přehledně provést)
- **Resekce děložního polypu**
 - hrdla (vaginální abtorze, lze i ambulantně)
 - endometria, tzn. těla děložního (hysteroskopicky – v celkové anestézii či i jako „office procedure“)
- **Myomektomie** u žen mladých / plánujících těhotenství (pokud myom v příčinné souvislosti s krvácením, tzn. u myomů submukózních a/nebo intramurálních), hysteroskopicky či laparoskopicky, ev. otevřeně (abdominálně)
- **Hysterektomie** u žen starších / již neplánujících těhotenství, zejména pokud preferují radikální řešení. Lze provést i u pacientek s normálním morfologickým nálezem dělohy, pokud selhává či je kontraindikována hormonální / symptomatická léčba.

Nadměrný nárůst váhy v těhotenství

Průměrný váhový přírůstek za těhotenství = 10-12 kg:

- přírůstek tuku a proteinů 4-4,5 kg
- elektrolyty a voda 1-1,5 kg
- prsy 1-1,5 kg
- děloha 0,5 kg
- plod a placenta 5 kg

Největší přírůstky jsou ve druhé polovině – cca 500 g/týden (retence tekutin a akcelerace růstu plodu)

Příčiny nadměrného nárůstu

- edémy
 - do jisté míry fyziologické
 - preeklampsie
 - selhávání ledvin – otoky více v obličeji, víčka
 - selhání srdce
- nízká hladina bílkovin/hypalbuminémie
- vícečetné těhotenství
- makrosomie plodu (vyloučit DM)
- polyhydramnion – vyloučit VVV plodu, infekce (TORCH)
- dietní opatření – ↑ přísun kalorií
- dekompenzovaný diabetes mellitus

Náhlá „šokující“ bolest při porodu

Porod je více či méně provázen pocitem diskomfortu až bolesti – velmi individuální. Většina obtíží se progresivně zhoršuje v průběhu porodu, proto je náhle vzniklá výrazná bolest zřetele hodná, obzvláště pokud je provázena dalšími obtížemi (krvácení apod.)!

Nejčastější možnosti (náhle vzniklých bolestí břicha) při porodu:

Abrupce placenty

- přítomnost krvácení (nemusí být viditelné, nutné UZ vyšetření)
- CAVE: při krvácení retroplacentárně nemusí být zevně viditelné – nutné UZ vyšetření
 - omezená výtěžnost – obezita, placentě na zadní stěně apod.)
- lze změny na CTG – alterace stavu plodu při poruše uteroplacentární cirkulace (velká funkční rezerva, k alteraci může dojít až při abrupci 30 % a více plochy placenty)
- klinicky – hypertonus děložní

Ruptura dělohy

- většinou náhlé vymizení kontrakcí
- typicky u žen po S.C./jiné operaci na děloze(myom)/VVV dělohy – u intaktní dělohy raritní
- lze změny na CTG – alterace stavu plodu – při ruptuře dochází často k následné retrakci dělohy případně abrupci placenty – porucha uteroplacentární cirkulace

Hypertonus/tachysystolie děložní

- nadměrná děložní činnost (5 a více kontrakcí za 10 min / zvýšení bazálního tonu)
- vzácně spontánně, častěji iatrogeně
- předávkování oxytocinem či indukčním preparátem (prostaglandiny)
- výrazná bolest
- riziko poranění porodních cest příliš rychlou progresí porodu
- alterace stavu plodu – porucha uteroplacentární cirkulace

Diagnostika

- Anamnéza
 - předchozí výkon na děloze
- UZ
 - kontrola placenty
 - kontrola dolního děložního segmentu, resp. oblasti jizvy po předchozím výkonu – v ideálním případě patrný výhřez vaku blan
- Definitivní diagnostika až při provedení císařského řezu

Léčebné postupy

- ukončení hyperakutním S.C.
- v případě hypertonu/tachysystolie – EDA, tokolýza, zastavit infuzi s oxytocinem/extrahovat indukční preparát

Náhlé bezvědomí při porodu a po porodu

Viz také „Náhlá zástava srdeční při a po operaci“

Příčiny

Gynekologické

- embolie plodovou vodou
- eklampsie
- následek život ohrožujícího krvácení
- ortostatický kolaps

Negynekologické

- Hypoglykémie
- IM, CMP, plicní embolie
- Úraz
- Tumor
- Zánět
- Psychická zátěž, vypětí
- Diabetické koma
- Anafylaxe
- Intoxikace

Diferenciální diagnostika

Diagnostika per exclusionem – postupné vylučování všech možností podle předchozího stavu a průběhu porodu

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny!

- zhodnocení stavu dle ABC
- event. zahájit KPR
- úprava vnitřního prostředí
- další léčebný postup dle příčiny, obvykle ale např. zástava krvácení, antiepileptika, antikonvulziva atd.

Náhlé zvětšování objemu břicha u žen

Anamnéza

- Změna hmotnosti
- Symetrie/asymetrie zvětšování břicha (ascites vs. tumor)
- Doprovodné obtíže
 - Nechutenství
 - Hubnutí
 - Nepravidelnosti cyklu, krvácení mimo menses
 - Bolesti břicha
 - Obtíže s močením a defekací
- Předchozí léčba
 - Např. stimulace ovarií před IVF

Diferenciální diagnostika

- Ascites u onkologických pacientek
- Ascites při OHSS
Zmnožení tukové tkáně
- Tumor v břiše (nejčastěji tumor ovaria event. rychle rostoucí myom)
 - Syndrom „malé sukně“ při karcinomu ovaria

Diagnostika

- Anamnéza
- UZ (zobrazovací metoda první volby), dále lze CT/MRI
- Tumor markery (spíše ke sledování léčby)
- Punkce výpotku – biochemická analýza

CAVE! Možná kolekce moči v dutině břišní, ale než dojde ke zvětšení objemu břicha, projeví se anurie/oligurie.

Nález volné tekutiny v dutině břišní u gynekologických pacientek po gynekologické operaci

Po gynekologické operaci nejčastěji

- Ascites
- Krev
- Moč
- Výplach
- Lymfa
- Střevní obsah

Diagnostický postup

- Anamnéza
 - Diagnóza pacientky, indikace k výkonu
 - Typ výkonu (laparotomie, laparoskopie)
 - Popis výkonu (operační protokol)
 - Doba od výkonu
 - Fyzikální vyšetření (včetně poklepu/poslechu hrudníku a poslechu peristaltiky)
 - Drény a jejich obsah, rychlost odvádění
- Laboratoř
 - Krevní obraz (anemizace)
 - Biochemie (urea, kreatinin, CRP)
 - Biochemie odpadu z drénu (urea, kreatinin)
- Zobrazovací metody
 - UZ (včetně kontroly ledvin), FAST protokol
 - RTG nativní snímek
 - CT kontrast
- Event. lze punkce (zejména ascitu)

Diferenciální diagnostika/příčiny nejčastějších stavů

Ascites

- Onkologické pacientky
- Po stimulaci ovaríí

Krev

- Poranění orgánů, cév
- Reziduum po akutním výkonu pro krvácení
- Hyperkorekce koagulace

Moč

- Poranění ureterů

Výplach

- Arteficiální ascites po LPSK výkonech

Střevní obsah

- Většinou společně s příznaky sepse a sterkorálním obsahem v drénu

Lymfa

- Po lymfadenektomii u onkologických pacientek

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- evakuace ascitu, krve
- hrazení objemu při krvácení
- operační revize (uretery, sterkorální obsah atd.)
- drenáž pomocí drénů z dutiny břišní

Nepostupující porod

Definice

Různé – není-li progresa vaginálního nálezu alespoň do hodiny od posledního vyšetření.

Může nastat kdykoliv v průběhu porodu mezi nástupem děložní činnosti a porodem plodu.

Nepostupující porod v:

- I. době porodní
- II. době porodní

Příčiny

- Anatomické (neodstranitelné)
 - Kefalopelvický nepoměr – relativně velké dítě, relativně malá pánev
 - Velký plod – absolutně velké dítě
 - Zúžená pánev/po traumatu – absolutně malá pánev
 - Vcestné překážky – myom, VVV dělohy
- „Funkční“ (někdy odstranitelné)
 - Primárně/sekundárně slabá děložní činnost
 - Cervikokorporální dystokie
 - Vyčerpaná rodička
 - Abnormální rotace/deflexní polohy/poruchy naléhání
 - Plný močový měchýř
 - Hypertrofické pánevní dno

Diagnostika

1. Vaginální a zevní vyšetření – prostornost pánve, pozice a naléhání hlavičky
2. Anamnéza: indukce? PROM? Předchozí porody?
3. UZ vyšetření – biometrie plodu

Terapie

Dle příčiny

1. Vyloučit absolutní překážky – indikace k S.C.
2. Polohování pacientky
3. Infuze s Oxytocinem
4. Spasmolytika
5. Epidurální analgezie
6. Vycévkování
7. VEX / Forceps, případně ukončení per S.C.

CAVE! Rychlost řešení se odvíjí od celkového stavu rodičky a plodu a příčiny (samotný nepostupující porod akutně neohrožuje ženu ani dítě)!

Nepravidelné menstruační krvácení

Do určité míry normální je v období perimenopauzy a menarché.

Rozdělení

- Dle poruchy rytmu
 - Polymenorea
 - Oligomenorea
- Dle poruchy intenzity a délky menses
 - Hypomenorea
 - Hypermenorea
- Další poruchy
 - Menoragie
 - Metroragie
 - Dysfunkční krvácení

Příčiny

- Těhotenství
- Menopauza
- Užívání antikoncepce
- Zavedeno IUD
- Kojení
- Syndrom polycystických ovarií
- Malignita
- Thyreopatie
- Děložní myomy
- Endometrióza
- Obezita
- Anorexie, poruchy příjmu potravy
- Nadměrné cvičení
- Stres
- Medikace
 - antidepressiva, HRT, antiepileptika, chemoterapie

Diagnostika

- Anamnéza
- Gynekologické vyšetření
- Těhotenský test
- Ultrazvuk

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- lze úprava cyklu hormonální antikoncepcí, IUD, HRT apod.

- další možnosti terapie až po diagnostice (vyloučení těhotenství, malignity apod.)
- radikální řešení – hysterektomie (např. při anemizaci nebo velmi obtěžujícím a invalidizujícím krvácením)

Nepravidelné krvácení ve 4. deceniu

Viz nepravidelné menstruační krvácení

Obstipace, zvracení a poruchy pasáže po gynekologické operaci

Dočasná a mírná potucha motility po operačních výkonech je fyziologická!
Zvracení jako komplikace celkové anestezie je relativně častá.

Ileus

- Paralytický
- Mechanický
- Cévní

Dělení podle výšky

- Nízký ileus
- Vysoký ileus

Příznaky

- Bolesti břicha
- Distenze břicha
- Nausea, zvracení
- Porucha pasáže
- Auskultačně mrtvé ticho

Příčiny paralytického ileu

- zánět v dutině břišní
- velká břišní operace
- velká krevní ztráta
- reflexní (koliky, retence moči apod)
- medikamentózní (opiáty, antidepressiva)

Příčiny mechanického ileu

- Obstrukční
 - zevně – adheze, nádor, absces
 - zevnitř – stolice, nádor, hematom
- Strangulační

Příčiny cévního ileu

- Trombóza a. mesenterica

Příčiny zvracení

- po anestezii
- ileus
- dráždění peritonea (po výkonu, drénem atd).
- reakce na bolest
- stresová reakce

Diagnostika

- Anamnéza, popis výkonu
- Zevní vyšetření
- RTG nativní snímek ve stoje
- CT s kontrastem, angioCT

CAVE! Dehydratované pacientky mohou mít obstipaci způsobenou skybaly!

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- Zvracení
 - antiemetika
 - blokátory H₂ pumpy
- Obstipace, ileus
 - mobilizace
 - časný příjem potravy
 - prokinetika (metoklopramid – Degan, Cerucal)
 - Priessnitzův zábal na břicho
 - rektální rourka
 - syntostigmin
 - projímadla (glycerinový čípek)
 - klyзма
 - operační revize

Obtížná mikce, bolestivá mikce

Viz další příčiny také v kapitolách „Zvýšená frekvence močení a dysurické obtíže“, „Retence moči“

Dále v diferenciální diagnostice nutné myslet na:

- Snížená aktivita detrusoru
- Neurologické komplikace
- Medikace (antihistaminika, tricyklická antidepresiva, spasmolytika, antipsychotika...)
- Obstrukce
 - anatomické
 - funkční
- Infekce
- Trauma
- Obtížné močení částečně normální po velkém operačním výkonu
- Neuralgie atd.

Odtok plodové vody

Odtok plodové vody před 20. týdnem těhotenství

Definice

Odtok vody před 20. týdnem těhotenství – preterm prelabour rupture of membranes = PPRM

Příčina

- arteficiální – amniocentéza, intrauterinní chirurgie (laserové ošetření cévních spojek např. u twin to twin syndromu – fetální endoskopie)
- spontánní – spontánní PPRM – etiologie neznámá, ev. infekce

Diagnostika

- ACTIM PROM test (semikvantitativní hodnocení IGFBP-1)
- Amnisure (semikvantitativní hodnocení PAMG)
- Temešváryho test
 - často falešně pozitivní (boraxglycerinové globule, sperma, kolpitis...)
- klinické hodnocení – v zrcadlech
- UZ hodnocení množství plodové vody, kdy u PPRM oligohydramnion při vizualizaci obou ledvin a močového měchýře (nutné vyloučit agenezi ledvin)

Management

- Prognóza nejistá
- Legitimní nabízet ukončení těhotenství indukci abortu
- Dle pracoviště lze nabízet prodloužení těhotenství
 - do 22. týdne ambulantní sledování, poté příjem k observaci na kliniku
 - při odtoku vody před 20. týdnem riziko hypoplazie plic – cca 30 % (2/3 dětí s ní po porodu zemře)
 - většina dětí plíce v normě
 - po poučení o riziku se žena rozhodne, jaký postup zvolí.
- Po zjištění PPRM
 - odebíráme základní laboratorní vyšetření
 - KO, CRP, biochemie
 - kultivace z porodních cest a moči
 - podáváme antibiotika
 - observace a pravidelné kontroly plodu
 - UZ biometrie, množství vody
 - CRP

Cílem prodloužit těhotenství a neporodí-li, plánování porodu dle podmínek až cca 36. ukončený týden těhotenství.

Odtok plodové vody v termínu porodu před zahájením děložní činnosti

Příčina

Spontánní odtok plodové vody – tPROM (term PPRM).

Cca 15 % fyziologických těhotenství.

Diagnostika

Viz výše

Management

Viz výše

Cílem vyčkat na spontánní nástup děložní činnosti a neporodí-li a jsou-li splněny podmínky k vaginálnímu porodu, lze indukce porodu dle stejných principů jako u zachovalé plodové vody.

Odtok plodové vody po 24. týdnu těhotenství

Příčina – spontánní odtok plodové vody.

Diagnostika

Viz výše

Management

Viz výše

Oligomenorea

Viz také kapitoly „Primární a sekundární amenorea“

Oligomenorea – porucha frekvence krvácení, cyklus delší než 35 dní

Nejčastější příčiny:

- Anovulace
 - nízké hladiny progesteronu ve druhé fázi cyklu
- Prodloužená folikulární fáze
 - opožděná ovulace
- Hrozící ovariální selhání
 - nízké AMH
- Ovariální insuficience
 - elevace FSH
- Perimenopauza
- Syndrom polycystických ovarií
 - nepravidelná menses
 - anovulace
 - hyperestrinismus
 - hyperandrogenismus
 - inzulinorezistence
 - metabolický syndrom

Diagnostika

- Anamnéza
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- Laboratoř
 - prolaktin
 - štítná žláza
 - progesteron 18.-24. den cyklu
 - AMH
- UZ
 - ovariální rezerva
 - endometrium

Léčebné postupy

- dietně-režimová opatření – u pacientek s obezitou/nadváhou (PCOS)
- léčba v pozadí přítomné endokrinopatie – poruchy štítné žlázy, Cushingův syndrom
- hyperprolaktinémie – dopaminergní agonisté
- hyperandrogenismus (PCOS – Polycystic ovary syndrome) – kombinovaná hormonální antikoncepce (COC)
- gestageny
- indukce ovulace

Oligurie a anurie po gynekologické operaci

Definice

Anurie – pokles hodinové diurézy <5ml, <100ml/24hod

Oligurie – diuréza <20ml/hod, <300ml/24hod

Příčiny

- prerenální
- renální
- postrenální

Dále také

- Následek celkové anestezie
- Edém tkání

Retence

Neúplné vyprázdnění MM, po vymočení reziduum

- u hyperkorekce při závěsné operaci (Burch, TVT)
- u denervace po radikální hysterektomii
- EDA

Klinika

- cystalgie, paradoxní inkontinence
- akutní retence (úplná zástava moči)
- chronická retence (významné postmikční reziduum)

Prerenální

- Hypovolemický šok
- Hemoragický šok, DIC, ŽOK
- Dehydratace, zvracení, průjmy
- Septický šok (syndrom mrtvého plodu)
- Anafylaktický šok
- Obstrukce renálních cév (trombóza, disekce aorty)
- ↓ srdeční výdej (IM, chlopenní vady, arytmie, plicní HT)

Klinika

- tachykardie, hypotenze, ↓ náplň krčních žil, suché sliznice, ↓ turgor kůže
- po úpravě perfuze – promptní úprava
- chudý nález v moči

Renální

- Sekundárně z prerenální příčiny – ischémie (↓ nutritivního průtok krve)
- Toxické poškození (ATB, kontrast)
- Rabdomyolýza
- Hemolýza (HELLP)

- Postižení stěn renálních tepen (HUS, DIC, preeklampsie)
- Idiopatické postpartální selhání ledvin – trombotické mikroangiopatie
- Renální kortikální nekróza (vzácná) – idiopatická příčina
- Glomerulonefritidy

Klinika

- oligurie – anurie
- nález v moči

Postrenální příčiny:

- Útlak ureterů
- Ligatura ureterů
- Poranění ureterů
- Poranění měchýře
- Retence moči
- Útlak uretry edémem

Klinika:

- bolesti za sponou, oblasti beder (často jednostranná)
- oligurie
- UZ průkaz hydronefrózy

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- hrazení objemu (krev, volumexpandéry)
- diuretika
- operační revize
- dialýza
- antibiotika při infekci

Otoky dolních končetin v těhotenství

Otok v těhotenství – hromadění tekutiny v interstitiu a podkoží

- lokální porucha krevního oběhu, která však může mít příčinu i mimo kardiovaskulární systém
- do jisté míry mohou být v těhotenství fyziologické (III. trimestr) – snížení onkotického tlaku, venostáza v DK vlivem zvýšení intraabdominálního tlaku

- Unilaterální otok – lokální příčina
- Bilaterální otok – systémová příčina

Fyziologie:

- fyziologické zvýšení otoků ve II. polovině těhotenství
 - vlivem hyperestrinismu
 - změny osmotického prahu pro žízeň → ↑ADH → ↓osmolarity plazmy
 - menší onkotický tlak plazmy vlivem hemodiluce
 - útlak dolní duté žíly
 - retence ve III. trimestru

Oboustranné

- Fyziologické otoky
- Preeklampsie
- Ledvinné onemocnění (nefrotický syndrom)
- Pravostranné srdeční selhávání, sukcesivní plicní embolie
- Lymfedémy (úrazy, operace)
- Operace varixů
- Alergická reakce – léky

Jednostranné

- Hluboká žilní trombóza
- Erysipel – Streptococcus pyogenes, ohraničené zarudnutí, horečky, zimnice
- Varixy

Diagnostika:

- Anamnéza – rychlost vzniku (přírůstek váhy), chronická onemocnění, léky
- Klinika – charakter otoků a lokalizace, hmotnost, obvody končetin denně u závažných, TK, P, PU orientačně
- PU, ionty, urea, kreatinin, kyselina močová, JT, bílkoviny v krvi
- duplexní sono žil, echokardiografie

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Otoky dolních končetin po gynekologické operaci

Lokalizace

- Generalizované
- Lokalizované

V gynekologii spíše hodnotíme jako unilaterální nebo bilaterální

Po gynekologických výkonech nejčastěji:

- Lymfatický edém
 - přerušení lymfatických cév v pánvi (také po extirpaci uzlin)
- Trombóza DK
 - unilaterální otoky

Další možné příčiny

- Hypoalbuminémie, hypoproteinémie
 - jaterní selhání/jaterní nemoci
 - u pacientek s omezenou možností příjmu potravy (onkologické např.)
- Žilní insuficience
 - již před výkonem
- Renální insuficience
- Endokrinologické příčiny
 - hypothyreóza
 - Cushingův syndrom
- Alergické reakce
- Neurogenní edém
- Náhrada většího objemu krve bez dodatečné náhrady plazmy/bílkovin
- Edém indukovaný léky
 - antihypertenziva, steroidní hormony, cyklosporin, růstový hormon, imunoterapie

Diagnostika

- Anamnéza – zejména časová osa vzniku, předchorobí
- Laboratoř – celková bílkovina, albumin, jaterní testy, urea, kreatinin, kyselina močová, CRP, D-dimery, iontogram
- Zobrazovací metody – ultrazvuk (Doppler), CT

Pacientka s děložními myomy – algoritmus řešení a určující faktory

Definice

Děložní myomy jsou nezhoubné, hladkosvalové nádory dělohy, jež se vyskytují až u 30-70% ženské premenopauzální populace. V postmenopauze obvykle pomalu regredují a ztrácí svůj klinický význam.

Rozdělení – na základě UZ nálezu

- submukózní (klenoucí se do děložní dutiny)
- intramurální (lokalizované převážně v děložní stěně, nejčastější varianta uložení myomů)
- subserózní (lokalizované především vně stěny děložní)

Nová klasifikace FIGO také:

- myomy stopkaté (pendulující)
- rodící se myomy (vytlačované z dutiny děložní, tzv. *myoma nascens*)
- myomy cervikální (lokalizované v oblasti cervixu a poševních kleneb)

Diagnostika

Začíná anamnézou (typická není bolest, ale diskomfort a tlak v podbřišku, zejména u objemných nálezů, tzv. *bulky symptoms*). Specifická může být hypermenorea či menorhágie vedoucí k sekundární anémii, zejména pokud myom/y deformují děložní dutinu, nikoli u myomů subserózních. Většina děložních myomů je však klinicky bezpříznakových, a to někdy i u objemných, mnohacentimetrových nálezů) a klinickým gynekologickým vyšetřením (především palpačním, vaginálním, bimanuálním vyšetřením). Při tomto vyšetření spíše než velikost a uložení jednotlivých myomů popisujeme celkové zvětšení dělohy ve vztahu k velikosti dělohy v jednotlivých týdnech / měsících těhotenství (např. děloha zvětšená do velikosti grav. m. III-IV). Verifikaci našeho klinického podezření a upřesnění diagnózy zajistí ultrazvuk (obvykle kombinace vaginálního a abdominálního přístupu). Ve vybraných případech zvažujeme přínos vyšetření magnetickou rezonancí. K průkazu prominence myomu do děložní dutiny (důležité zejména před plánovanou koncepcí) se používá 3D ultrazvuk nebo kontrastní ultrazvukové zobrazení dutiny (tzv. HyFoSy), ev. hysteroskopie.

Diferenciální diagnostika

Podobné zvětšení dělohy a obdobné klinické projevy může mít adenomyóza (AD, děložní endometrióza). Jejím hlavním klinickým znakem (u těžkých, objemných difuzních forem) může být hypermenorea a dysmenorea a podobně jako u části děložních myomů i neplodnost. Rozlišení od děložních myomů by mělo poskytnout ultrazvukové vyšetření, ev. magnetická rezonance, případně elevace tumor markeru Ca-125 (nespecifické). Přesto je v některých případech AD zjištěna až peroperačně. Často existuje i koexistence děložních myomů a AD.

Za intrauterinně lokalizovaný myom může být zaměněn endometriální polyp. Velmi obtížně odlišitelné (i dle zobrazovacích vyšetření) od myomů mohou být děložní sarkomy (leiomyosarkom, endometriální stromální sarkom). Kromě konvenčních leiomyomů (tvořících přes 95% histologických nálezů operací pro děložní myomy) jsou pathology někdy popsány jiné atypické, benigní léze děložní svaloviny (celulární leiomyomy, leiomyomy s bizarními jádry, adenomatoidní nádory dělohy) nebo vzácně tzv. hladkosvalové nádory dělohy s nejistým maligním potenciálem (STUMP).

Při difuzním či lokálním (vyklenutí) zvětšení dělohy je nutno myslet i na těhotenství, ektopicky uložené děložní těhotenství (cervikální, kornuální, v jizvě po císařském řezu), případně na karcinom děložního hrdla či endometria nebo na vrozené vady dělohy.

Léčebné postupy

Hlavním kritériem určujícím léčebný algoritmus je věk pacientky, její reprodukční anamnéza a plány a případně (vzácně) atypický či suspektní (onkologicky) nález při zobrazovacích vyšetřeních dělohy.

1. **expektační** postup (především u žen asymptomatických a/nebo neplánujících těhotenství)
2. **symptomatická** léčba nadměrného děložního krvácení, pokud přítomno
 - a. kyselina tranexamová
 - b. gestageny, ev. nitroděložní systém s levo-norgestrellem
 - c. hormonální antikoncepce
 - d. selektivní modulátory estrogenových (SERM) či progesteronových receptorů (SPRM)
 - e. výjimečně analoga či antagonisté GnRH
3. **myomektomie** (u selektované skupiny pacientek, zejména s aktuálními reprodukčními plány)
 - a. laparoskopická (LM)
 - b. hysteroskopická (neboli transcervikální – TCRM)
 - c. ev. otevřená, tzn. laparotomická (OM)
4. **hysterektomie**
 - a. pokud lze mini-invazivně, tzn. laparoskopicky (TLH), vaginálně (VH) či kombinací obou přístupů (LAVH), ev. otevřeně – abdominálně (TAH);
 - b. s bilaterální salpingektomií či adnexektomií (zejména dle věku pacientky);
 - c. obvykle úplná (včetně odstranění děložního hrdla), prostá (bez resece parametrií), případně supracervikální se zachováním děložního hrdla (LSH)
5. **radiologická léčba** (u selektované populace, spíše těhotenství neplánujících, symptomatických žen)
 - a. **embolizace** děložních tepen (UAE)
 - b. fokusovaný ultrazvuk (MRgFUS)

**Pelvic pain – diferenciální diagnostika chronických bolesti
v podbříšku a v pánvi**

Viz „Chronická pánevní bolest“ a ostatní kapitoly na téma Bolest

Peri-menstruační a postkoitální krvácení

Postkoitální krvácení – viz samostatná otázka

Definice

Peri-menstruační krvácení předchází/navazuje na menstruaci. Může i nemusí být odděleno 1-2 dny bez krvácení.

Nutno odlišit od inter-menstruačního krvácení – obvykle fyziologické krvácení při ovulaci.

Nutno vyloučit možnou patologii časného těhotenství.

Obvykle do 7 dní trvání, obvykle nízké intenzity – špinění.

Výrazně častější pre-menstruační krvácení než post-menstruační krvácení.

Klasifikace

- Pre-menstruační – Post-menstruační – Kombinace obou
- Izolované – Spojené s jiným krvácením
- Jednorázové – Opakované

Diferenciální diagnostika

- Funkční poruchy
 - luteální insuficience, anovulace, krvácení při nemedikovaném i medikovaném IUD, krvácení po nasazení hormonální antikoncepce
- Organické poruchy
 - ovariální cysta
 - karcinom endometria, děložního hrdla, vzácně karcinom pochvy
 - prekanceróza endometria
 - hyperplazie endometria bez atypií
 - polyp endometria, děložního hrdla
 - adenomyóza
 - myomy
 - cervicitida a endometritida
 - poranění
 - cizí těleso
 - Aschermannův syndrom
 - nezhojená jizva po hysterotomii „niche“

Léčebné postupy

Cílená terapie příčiny, primárně vždy nezbytné vyloučit malignitu.

Pocit „vyboulení“ v poševním vchodu

Příčiny

- Pseudoabsces nebo pseudocysta nebo tumor Bartholiniho žlázy
- Tumor
- Hematom
- Cizí těleso
- Otok po alergické reakci
- Absces/flegmóna podkoží
- Prolaps
- Varixy
- Jizvy po výkonech
- Pseudotumory (reakce na šicí materiál)

Diagnostika

- Anamnéza
- Lateralizace
- Bolesti
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- Výtok
- Kultivace hnisu
- Biopsie z ložiska

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Nejčastěji pseudoabsces/pseudocysta gl. Bartholinae – tehdy evakuace nebo chemoexstirpace žlázy

Pocit plynatosti po indukci ovulace

Možné příčiny

- Ovariální hyperstimulační syndrom – po indukci ovulace nejčastěji
- Oligurie z jiných příčin (viz kapitola *Oligurie a anurie*)
- Pocit plynatosti z dietní chyby atd.

Příznaky/Diagnostika

- Anamnéza
 - st. p. stimulaci ovaríí, st. p. indukci ovulace
- Oligurie/anurie
- Pocit plynatosti
- Trombembolické komplikace
- Dyspnoe
- Nárůst hmotnosti, zvětšení (obvodu) břicha
- Laboratoř
 - Zvýšený hematokrit, „zahuštěná“ krev
 - elevace hCG – nemusí se jednat o těhotenství, může být zvýšená po aplikaci hCG (indukce ovulace)
 - zánětlivé parametry mohou být lehce zvýšené
 - urea a kreatinin mohou růst
- Ultrazvuk
 - zvětšená ovaria po stimulaci
 - ascites
- V závažných případech také fluidothorax, výpotek v perikardu

Dále nutno myslet na

- Krvácení
- Zánět

Léčebné postupy (při OHSS)

- sledování a korekce vnitřního prostředí
- punkce ascitu event. výpotku v pleuře nebo perikardu
- prevence TEN
- antiemetika, analgetika
- symptomatická léčba

Poruchy srdeční frekvence plodu v průběhu porodu

Viz doporučený postup České gynekologicko-porodnické společnosti „Interpretace intrapartálního fetálního kardiokogramu dle FIGO“

<https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/52/doc/p-2016-interpretace-intrapartalniho-fetalniho-kardiotokogramu-figo-2015.pdf>

Poševní výtok v postmenopauze

Viz. také krvácení z rodidel v postmenopauze a poševní výtok

Diferenciální diagnostika

- Atrofická vaginitida
 - chybí estrogenizace
 - tenká sliznice náchylná k infekci a poranění
 - převládá smíšená bakteriální flóra
- Nádory rodidel – Ca endometria, Ca hrdla, pochvy
- Poranění rodidel

Klinický obraz

- akutní infekce – žlutý páchnoucí výtok, zarudlá sliznice, krvácení
- krvácení
- bolesti v podbřišku

Diagnostika

- kultivace
- vyšetření v zrcadlech
- vulvoskopie, kolposkopie
- UZ vaginální + abdominální

Léčebné postupy

- dle etiopatogeneze a diagnostiky výtoku

Pozitivní těhotenský test a bolesti v podbříšku

Příčiny

- „Běžné“ tonizace dělohy
 - normální na začátku těhotenství
 - připomínají počínající menses
- Abortus in cursu
 - snaha dělohy vypudit těhotenství nebo patologický obsah
- Jiné gynekologické příčiny
 - ruptura ektopického těhotenství
 - záněty při počínajícím těhotenství
- Negynekologické příčiny – **bolest může způsobit i jiná příčina než gynekologická i přes pozitivní test!**
 - chirurgické
 - urologické
 - neurologické
 - ortopedické
 - další

Diagnostika

- Anamnéza
 - poslední menstruace, amenorea
 - krvácení, bolesti, jiné příznaky
 - kdy, kde
- Těhotenský test, event. dynamika hCG
- Vyšetření palpační a in speculam
- UZ vyšetření
 - obsah dutiny děložní
 - při průkazu těhotenství hodnotit akci srdeční, porovnat s předchozím nálezem u gynekologa
 - pokud není nic v dutině, nutné pátrat vždy po ektopickém těhotenství

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- do určité míry normální, proto bez terapie
- při gynekologické NPB nebo chirurgické příčině – operační výkon
- abortus in cursu – revize/evakuace dutiny děložní
- léčba infekce (např. uroinfekce)

Prevence komplikací po gynekologické operaci

Cílem je eliminace/minimalizace všech peri-operačních a po-operačních rizik. Začíná již před operací.

Hlavní zásady společné pro malé i velké operace, pro operace elektivní i akutní.

1. Prevence tromboembolické choroby – bandáže/kompresivní punčochy, LMWH
2. Prevence aspirace žaludečního obsahu – lačnění, prokinetika a H2 blokátory
3. Prevence infekčních komplikací – ATB clona – princip chráněného koagula

Předoperační postupy

Dlouhodobá příprava

- kompenzace dosavadních onemocnění, úprava antikoagulační a antiagregační terapie
- vyšetření funkční rezervy u chronicky nemocných (echokardio, spirometrie)
- prehabilitace u vybraných onkologických nemocných (nutriční příprava, kondiční příprava)
- výběr zkušeného operačního týmu
- psychologická podpora

Krátkodobá příprava

- lačnění 4-6 hod., bezzbytková strava
- pitný režim, případně sipping
- střevní příprava
- snížení úzkosti a léčba nespavosti

Peri-operační postupy

- fyziologické operování, minimalizace traumatizace tkání a krevní ztráty, využití minimálně invazivních přístupů
- opakování ATB u rizikových výkonů (střevní resekce, velká krevní ztráta) a výkonů >3 hodiny
- spolupráce s anesteziologem – využití svodné nebo kombinované (celkové i svodné) anestezie u složitých výkonů
- tlumení bolesti a prevence pooperačního zvracení v závěru výkonu

Pooperační postupy

- pečlivý monitoring – malé výkony minimálně 2 hod., velké výkony minimálně 4-6 hod.
- časná vertikalizace, rehabilitace, polohování
- dodržování vyvážené nebo mírně pozitivní bilance tekutin
- důsledná péče o operační ránu, eliminace tlaku, tahu a napětí rány
- podpora peristaltiky (pozor na hypokalémii po velkých výkonech)
- léčba bolesti

Premenstruační špinění

Lehké krvácení z pochvy mimo menses

Příčiny

- Nesprávné užívání/nevhodná antikoncepce
- Ovulační špinění
- Implantační krvácení
- Těhotenství
- Perimenopauza
- Luteální insuficience (ve 2. fázi cyklu)
- Trauma
- Novotvary
 - benigní – polypy
 - maligní
- STD
- PID
- Myomy
- Endometrióza
- Stres
- Syndrom polycystických ovarií
- Hypothyreóza
- Farmakologické příčiny
 - léky na ředění krve
- Další
 - dekompenzované interní onemocnění

Diagnostika

- Anamnéza
- Zevní a vnitřní gynekologické vyšetření
- Laboratoř
- UZ
- Cytologie z děložního hrdla
- Kultivace
- Vyloučit krvácení z uretry

Primární amenorea

Definice

Absence menstruačního krvácení do 15 let věku.

Rozdělení

1. **Sekundární pohlavní znaky dobře a správně žensky vyvinuté**
 - a. Vývojové vady odvodných cest pohlavních = gynatrémie (neperforovaný hymen, transverzální vaginální septum = parciální aplázie pochvy, aplázie děložního hrdla)
 - b. Abnormality vývoje Müllerova vývodu – aplázie dělohy a pochvy (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrom), aplázie endometria, areaktivní endometrium, hypoplázie dělohy
 - c. Syndrom testikulární feminizace (mužský pseudohermafroditismus = 46, XY DSD syndrom androgenní insenzitivity úplný)
 - d. těhotenství (výjimečně)

2. **Sekundární pohlavní znaky nedostatečně nebo vůbec nevyvinuté – opožďování pohlavního dospívání**
 - a. Hypergonadotropní poruchy gonádové
 - i. Bez poruchy tělesného růstu – ageneze gonád, čistá dysgeneze gonád - 46, XX, Swyerův sy 46, XY, smíšená dysgeneze gonád mozaika 45, X/46, XY, dysgeneze ovarií, kastrace, galaktosemie, mukopolysacharidózy, předčasné ovariální selhání
 - ii. S poruchou tělesného růstu – Turnerův sy, Proberův sy, Maloufův sy
 - b. Hypogonadotropní poruchy centrální bez poruchy tělesného růstu
 - i. Hypotalamické – Kallmannův sy, poruchy příjmu potravy, nadměrná fyzická zátěž
 - ii. Hypofyzární – monosymptomatický hypogonadotropní hypopituitarismus, hyperprolaktinemie
 - c. Hypogonadotropní poruchy centrální s poruchou tělesného růstu
 - i. Hypotalamické – Prader-Willi sy, Laurencův, Moonův-Bardetův a Biedlův sy, infekce, trauma, tumor
 - ii. Hypofyzární – panhypopituitarismus, infekce, trauma, tumor, sy prázdné selly
 - d. Konstituční opožďování nástupu menses

3. **Sekundární pohlavní znaky se známkami opačného pohlaví**
 - a. Malformace neumožňující jednoznačné pohlavní zařazení jedince: kongenitální adrenální hyperplázie (ženský pseudohermafroditismus 46, XX DSD, virilizace zevního genitálu dle Pradera), poruchy sexuálního vývoje 46, XY

- DSD (insenzitivita cílového orgánu, deficit 5alfa reduktázy, androgenní insenzitivita neúplná), ovotestikular Disorders of sex development = DSD
- b. Hyperandrogenní syndrom (ovariální/ nadledvinový – funkční/tumor)

Diagnostika

1. anamnéza (menarche matky, z osobní anamnézy důraz na: onemocnění, léky, bolesti břicha a jejich charakter, bolesti hlavy, úrazy hlavy, sport, stres, změny hmotnosti, koitarche)
2. celkové vyšetření: rozvoj sekundárních pohlavních znaků (dle Tannera), výška, hmotnost, BMI
3. klinické vyšetření (zevní rodidla – známky estrogenizace, prostupnost hymenu a pochvy – vaginoskopie, palpace pánve – tumory, přítomnost dělohy)
4. funkční poševní cytologie (míra estrogenizace na cílové estrogen – dependentní tkáni)
5. UZ pánve (přítomnost dělohy, endometrium, ovaria – folikuly, nadledviny, ledviny)
6. laboratorní vyšetření: biochemické vyšetření, hCG, hormonální profil (FSH, LH, estrogen, progesteron, TSH, fT4, androgeny, prolaktin)
7. genetické vyšetření se stanovením karyotypu
8. fakultativní vyšetření pediatrické a dětskými specialisty (endokrinologické, gastroenterologické, psychologické, psychiatrické a další dle diferenciální diagnostiky)
9. Další zobrazovací metody (NMR)

Diferenciální diagnostika

- Endokrinopatie (DM, hypotyreóza, hyperprolaktinemie apod.)
- Chronické onemocnění (zánětlivá střevní onemocnění – IBD, hepatopatie, poruchy příjmu potravy a další psychiatrické nemoci, obezita, chronická renální insuficience aj.)
- Nepřiměřená fyzická zátěž (vrcholoví sportovci)
- Nádorová onemocnění (arhenoblastom, prolaktinom)

Léčebné postupy

Dle určené diagnózy, tj. základního onemocnění či stavu

- VVV gynatrécie: vytvoření a zajištění komunikace operačním řešením
- Funkční a trvalé poruchy centrální či gonádové: substituční estrogen – progesteronová terapie
- Ageneze dělohy a pochvy: neoplastika pochvy nejčastěji LPSK asistovaná podle Vecchiettiho, ev. zařazení do transplantačního programu dělohy
- Gonadektomie u jedinců s karyotypem 46, XY pro riziko vzniku malignity
- U malformací neumožňujících jednoznačné pohlavní zařazení jedince je postup léčby určován konziliem odborníků se souhlasem rodičů, ev. věkově a psychicky vyspělého pacienta

- Operační korekce maskulinizovaného genitálu
- Adekvátní léčba chronického onemocnění
- U vrcholových sportovkyň léčba ve spolupráci se sportovním lékařem
- Onkologická léčba u dg nádorů
- U konstitučního opoždění sexuálního vývoje jen dispenzarizace

Pro úplnost připojujeme rozdělení ze starších verzí skript (novější verze uvedena výše, vypracovaná MUDr. Skřenkou, je kompletní):

Stavy s normálním vývinem sekundárních pohlavních znaků:

- Neperforovaný hymen
- Transverzální vaginální septum
- Abnormality vývoje Müllerova vývodu
- Mayer-Rokitanský-Küstner-Hauser syndrom
- Mužský pseudohermafroditismus XY:
 - XY žena
 - gonádová ageneze 46XY
 - Swyerův syndrom – dysgeneze gonád
 - XY insenzitivita cílového orgánu
 - deficit 5alfa reduktázy
 - Androgenní insenzitivita
- Konstituční opoždění nástupu menses

Stavy s chybějícím vývinem sekundárních pohlavních znaků

- normální vzrůst
 - Kallmanův syndrom (izolovaný deficit GnRH)
 - úbytek hmotnosti, anorexie
 - fyzická zátěž
 - ageneze/dysgeneze gonád
 - galaktosemie
 - předčasné ovariální selhání
 - hyperprolaktinemie
- nízký vzrůst
 - kongenitální infekce
 - trauma
 - hypofyzární trpaslík:
 - Lawrencův-Moonův-Biedlův syndrom
 - Prader-Willi syndrom
 - Tumory hypothalamu/hypofýzy
 - gonádová dysgeneze (Turner syndrom)
 - syndrom prázdné selly

Heterosexuální vývoj

- Kongenitální adrenální hyperplazie (virilizace ženského genitálu podle Pradera)
- Defekt 5alfa reduktázy (XY, vnitřní pohlavní orgány mužské, zevní ženské)
- tumor produkující androgeny (arhenoblastom)
- pravý hermafroditismus (výskyt ovaria a testes současně)
- chybění anti-Müllerian faktoru (XY, vnitřní pohlavní orgány mužské i ženské, zevní mužské)

Dif. Dg:

Ženy s normálními sekundárními pohlavními znaky:

- vyloučit obstrukci → vyloučit XY ženy (maligní potenciál) → per exclusionem konstituční opoždění

ženy s chybějícím vývojem sekundárních pohlavních znaků:

- ↑ FSH – porucha ovaria: karyotypizace + biopsie gonád
- ↓ FSH – porucha CNS: MRI mozku

Normálně vyvinuté sekundární pohlavní znaky

- děloha normální
 - kryptomenorea
 - těhotenství
- bez dělohy
 - 46, XY = testikulární feminizace nebo Sweyerův syndrom, ageneze varlat...
 - 46, XX = Rokitsanský-Küstner-Hauser syndrom nebo ageneze dělohy
- malá děloha, bez endometria
 - uterus solidus
 - rezistence dělohy k pohlavním hormonům

Nedostatečně vyvinuté izosexuální sekundární pohlavní znaky, nižší vzrůst → hormonální profil

- ↑ FSH – porucha na úrovni gonád → karyotyp
 - 46, XX – čistá dysgeneze gonád, syndrom rezistentního ovaria, předčasné selhání
 - 45, X0 – Turnerův syndrom
 - Y – dysgeneze gonád
- ↓ FSH – porucha na úrovni hypotalamu/hypofýzy/suprahypotalamické

Sekundární pohlavní znaky opačného pohlaví, virilizace – laboratoř (kortizol, ACTH, androstendion, testosteron, DHEA, DHEAS, SHBG), karyotyp

- kongenitální adrenální hyperplazie
- dysgeneze gonád s Y chromozomem
- hermafrodit
 - pravý
 - pseudo – mužský – inkompletní testikulární feminizace
- tumor tvořící androgeny – zobrazovací metody

Průjem po antibiotické léčbě

AAD – Antibiotic associated diarrhoea

Vznik v průběhu léčby bez jiné příčiny

- 5-10% po léčbě ampicilinem
- 10-20% po ko-amoxicilinu
- 15-20% po cefiximu
- 2-5% po jiných cefalosporinech, fluorochinolonech, azitromycinu, klaritromycinu, erytromycinu, tetracyklinu

Příčina

- Narušení střevní mikroflóry
- Erytromycin – antagonist receptorů pro motilin, zrychluje vyprazdňování žaludku
- Kyselina klavulonová – podpora motility tenkého střeva
- Penicilin – vzácně segmentová kolitida
- Laxativa
- Antacida
- Obsah laktózy, sorbitolu
- NSAID
- Antiarytmika
- Léky s cholinergními účinky

Agens

- Clostridium difficile (10-20%)
- Salmonely
- Clostridie
- Candida albicans
- Staphylococcus aureus

Rizikové faktory

- Vyšší věk pacienta
- Hospitalizace
- ATB

Diagnostika

- Příznaky
- Leukocytóza
- Hypoalbuminémie
- Průkaz toxinů Clostridií ve stolici

CAVE! Při infekci Clostridium difficile jsou antiperistaltika kontraindikována (zadržení toxinu ve střevě)!

Pruritus kůže v těhotenství

Možné příčiny

- Intrahepatální těhotenská cholestáza
- Alergická reakce
- Autoimunitní onemocnění
- Dermatitidy
- Lichen
- Psychogenní původ

Diferenciální diagnostika

Alergická reakce

- Změny na kůži – zarudnutí, výsev exantému atd.
- Svědění na částech těla exponovaných alergenům
- Kontaktní dermatitis – prádlo, kovy, šperky, ...
- Obtíže s dýcháním, otoky atd.
- Výskyt v průběhu celého těhotenství

Dermatitidy

- Nemusí se jednat o alergické reakce
- Výsev exantému
- Další postup dle dermatologa

Těhotenská cholestáza

- Nejzávažnější ze všech!
- Většinou ve druhé polovině těhotenství
- Svědění zejména na hrudníku, břiše, na dlaních a ploskách nohou
- Bez výsevu exantému
- Elevace ALT, AST (ALP v těhotenství zvýšeno vždy, produkce placentou)
- Elevace bilirubinu – ukládání v kůži = svědění
- Může být elevace žlučových kyselin – **CAVE! Kardiotoxicita pro plod!**

Psychogenní původ

- Psychiatrickí pacienti
- Vždy nejprve vyloučit ostatní varianty, zejména hepatopatie!

CAVE! V těhotenství vždy vyloučit postupně všechny možnosti!

CAVE! I v případě, že intrahepatální cholestáza není pravděpodobná, je vhodné odebrat jaterní testy a stanovit hladinu žlučových kyselin!

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- netoxická žlučová kyselina ursodeoxycholová – snižuje frekvenci pruritu a riziko fetálního úmrtí
- antihistaminika
- režimová opatření (alergická dermatitis)
- hepatoprotektiva

Předčasná děložní činnost po 22. týdnu těhotenství

Porod (partus) – je vypuzení nebo vyjmutí plodu z dělohy, který jeví alespoň jednu známku vitality (pohyb, křik, tonus, pulzace pupečníku) bez ohledu na gestační stáří a na porodní hmotnost.

Porod mrtvého plodu (tedy ne abort – pokud má plod nad 500 g, ev. 25 cm, ev. starší 22+0.

Šedá zóna 22+0 až 24+6

- diskutabilní přínos intenzivní péče
- vždy provést perinatologické konsilium s rodičkou, vysvětlit možnosti a prognózu (značně nejistá)

Koncentrace rodiček do porodnic dle gestačního stáří

1. Všechny porodnice – týden 36/37+
2. Intermediální centra – týden 32+
3. Perinatologická centra – všechny porody, včetně týdnů pod 32+

Spontánní předčasný porod

- spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan (40–50 %)
- předčasný odtok plodové vody (Preterm Prelabour Rupture Of Membranes – PPRM) (20–30 %)
- Insuficience hrdla dělohy je nebolestivá dilatace děložního hrdla
- Krátké děložní hrdlo – zkrácení děložního hrdla mezi 20. až 30. týdnem těhotenství pod 25 mm (transvaginální cervikometrie ultrazvukem)
- Hrozící spontánní předčasný porod – vysoké riziko porodu do 7 dnů.

Diagnostika:

1. Klinický obraz – kontrakce, bolesti v podbřišku, nespecifické bolesti břicha, krvácení
2. Vaginální vyšetření
3. UZ cervikometrie
4. fFN – fetální fibronektin
5. anamnéza – předčasný porod/pozdní abort v anamnéze

Terapie

1. tokolýza – Gynipral, Atosiban
2. neuroprotektce plodu – i.v. podání MgSO₄
3. kortikoidy k indukci plicní zralosti
4. ATB – dle kultivací a markerů zánětu
5. Ukončení těhotenství s ohledem na stav rodičky a plodu – prodloužit těhotenství alespoň na dobu podání kortikosteroidů, ale neprodlovovat za každou cenu

Předoperační vyšetření a příprava před vaginální hysterektomií - typy vyšetření a postupů a zdůvodnění

Předoperační vyšetření interní

- provádí praktický lékař (internista)
 - anamnéza
 - fyzikální vyšetření
 - krevní obraz
 - ionty, jaterní testy, ledvinné funkce
 - koagulační parametry (alespoň APTT, INR)
 - RTG srdce + plíce
 - EKG
 - u rizikových pacientů sérologie (HIV, HCV, HBV)
 - převedení pacienta z warfarinu nebo jiné antikoagulace/antiagregace na nízkomolekulární heparin
 - zavedení speciálního režimu např. pro pacienty na inzulinu

Předoperační vyšetření anesteziologické

- provádí anesteziolog
 - celkové zhodnocení rizika, tzv. ASA index (1-4 dle závažnosti rizika)
 - zhodnocení tzv. Mallampati (klasifikace intubačního přístupu)

Příprava den před operačním výkonem

- na oddělení
 - střevní příprava (vyprázdnění střev pro přehlednost operačního pole), lze event. i doma
 - salinická projímadla
 - klyzma
 - lačnění – při plánovaném výkonu od půlnoci
 - je vhodné á 1 hod vypít cca 1dcl vody
 - lze ráno zapít léky/chronickou medikaci

Příprava ráno před operačním výkonem

- na oddělení
 - bandáž dolních končetin (prevence TEN)
 - elastické obinadlo
 - kompresní punčochy

Příprava na operačním sále

- anesteziologický tým
 - zavedení i.v. přístupu
 - profylaktické podání ATB (prevence infekce)
 - profylaktické podání LMWH (prevence TEN)

Psychické obtíže v druhé polovině cyklu

Příčiny

- Premenstruační syndrom
- Premenstruační dysforická porucha
- Psychologické a psychiatrické poruchy
- Endokrinologické poruchy
 - štítná žláza
- Jiné
 - přirozené změny emocí bez souvislosti s menses
 - menopauza
 - Abusus
 - nespecifické střevní záněty

Diagnostika

- Anamnéza
- Ostatní obtíže – únava, hněv, dysforie, citlivost prsou, pocit nafouknutí, návaly horka, změny apetitu, deprese, nervozita, odloučení ze společnosti, poruchy spánku
- Negativní gynekologické vyšetření
- Načasování obtíží – před menses
- Vzácně suicidální riziko
- Negativní laboratoř
- Psycholog, psychiatr

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Zástava laktace

Dále dle ordinace psychiatra

Retence moči po gynekologických operacích

Viz kapitoly „Oligurie a anurie po gynekologické operaci“ a „Retence moči v těhotenství“

Retence moči v těhotenství a po porodu

Viz ostatní kapitoly na téma *Obtíže s močením*

Retence – reziduum moči po vymočení 150ml a více

V těhotenství

Retroverze flexe dělohy – fyziologický stav

- Uroinfekce
- Urolithiáza (vzácně, spíš obliterace ureteru než uretry)

Za porodu

- Útlak uretry hlavičkou

Po porodu

- Obstrukce uretry
 - Edém
 - Hematom
- Hypotonie močového měchýře
- Prolaps pánevních orgánů
- Poranění/prošití ureterů u SC (např. ošetřování krvácení z parametrií)
- CAVE! prošití uretry při ošetřování poranění kolem clitoris (lze sutura na zavedené kovové cévce)

Diagnostika

- Anamnéza (průběh porodu)
- Vyloučit všechny ostatní příčiny (obstrukce, hypotonie)
- Kultivace (ideálně cévkovaná moč)
- UZ močového měchýře a KPS (hydronefróza)

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

Vždy zajistit drenáž moči!

Event. parasymptomimetika

Rutinní vizita na oddělení po laparoskopické hysterektomii

Dotazy

- kvalita spánku
- bolest
- nausea, zvracení
- zda pacientka spala
- zda má nějaké obtíže

Vyšetření na lůžku – modifikované vyšetření dle „5P“

- pohled
 - barva kůže
 - dechová vlna
 - jizvy, sutury
 - bolestivý výraz atd.
- pohmat
 - břicho
- poslech
 - peristaltika

Další vyšetření

- vitální funkce (včetně EKG v indikovaných případech)
- obsah drénů
- vzhled a objem moči

Příklad *Status praesens* na oddělení JIP při ranní vizitě po laparoskopické hysterektomii:

Subjektivně: cítí se dobře, vyspala se, ráno vstala do sprchy, vertigo 0, dušná není, nyní bolesti neguje (NRS 0), nezvrací, nausea 0, jiné obtíže neudává

Objektivně: orientovaná časem i prostorem, eupnoická, acyanotická, břicho v niveau, měkké, prohmatné, aperitoneální, sutury klidné, neprosakují, nekrvácí, okolí sutur bez hematomu, peristaltika poslechově +, stolice zatím 0, plyny zatím 0, vaginálně nekrvácí, moč ve Foley čirá, dostatek, DK klidné, hybnost zachovaná

Drén Redon z cavum Douglasi – od výkonu 100ml, serosangvinolentní tekutina, ředěná výplachem z břicha

Tamponáda poševní suchá, hnědá od Betadine dezinfekce

TK 120/70mmHg

P 60/min

SpO2 100%

Sekrece z prsu

Charakter sekretu	Možná příčina sekrece
Čirá, slámová	Časně těhotenství
Čirá, mléčná	Těhotenství
Krvavá	Papilom, papilokarcinom DCIS, karcinom; hormonální hyperstimulace na začátku šestinedělí
Hnisavá	Flegmóna, absces
Mléčná, čirá, žlutá, nazelenalá	Galaktorrhea (hyperprolaktinémie)
Čirá, žlutá nebo krvavá	Tupé poranění
Žlutá, zelená, šedivá nebo černá	Duktektázie, fibrocystická nemoc prsu

Bilaterální sekrece se vyskytuje nejčastěji z důvodu

- hormonálních změn (hyperprolaktinémie, adenom hypofýzy)
- užívání léků (psychofarmaka, metoklopramid, cimetidin, COC, HRT)
- abusus marihuany, psychotropních látek
- nadměrný fyzický a psychický stres
- nadměrná stimulace bradavek a hrudníku spodním prádlem

Unilaterální sekrece může způsobovat

- duktektázie (nejčastěji)
- duktální papilom
- Pagetův karcinom prsu – diferenciatně diagnosticky popisujeme nález tzv. „mokvavé bradavky“

Diagnostika

- základní klinické vyšetření
- stanovení hormonálních hladin (např. prolaktin)
- zobrazovací vyšetření
- **pacientku odesíláme do specializovaného mamocentru**

Sekundární amenorea

Absence menstruačního krvácení po dobu 3 měsíců u ženy, která měla předtím více či méně pravidelný menstruační cyklus

Fyziologická sekundární amenorea

- Těhotenství a laktace
- Období postmenopauzy

Diagnostika

- Anamnéza (rodinná, osobní)
- Vyloučení těhotenství – **CAVE! Nestačí jen ústní od pacientky, je nutný odběr hCG z krve nebo alespoň test z moči**
- Klinické vyšetření (zevní, gynekologické)
- Ultrazvukové vyšetření (abdominální, vaginální)
- Hormonální vyšetření:
 - prolaktin (prolaktinom atd)
 - FSH, LH (odlišení centrální a ovariální příčiny)
 - TSH, fT4, ATPO
- Funkční testy:
 - Progesteronový test (pozitivita = normální estrogenizace) při negativě → estrogen-progesteronový test (negativita susp. abnormalita dělohy nebo výtokového traktu – pochvy)
- Další vyšetření
 - MRI (tumory CNS)
 - Vyšetření zrakového pole
 - Vyšetření protilátek u ovariálního selhání
 - Osteodenzitometrie u hypoestrinních stavů
 - Karyotyp u orgánové dysgeneze

Abnormality genitálního traktu

- Aschermannův syndrom
- Stenóza hrdla (zánět, konizace)

Ovariální příčiny

- Hyperandrogenní syndrom
- Předčasné ovariální selhání
- Syndrom rezistentního ovaria (Savageové syndrom)
- Gonádová dysgeneze

Hypofyzární příčiny

- Hyperprolaktinemie
- Hypopituitarismus
 - Tumory hypofyzární oblasti (kraniofaryngom)
 - Sheehanův syndrom

- Hypofyzární apoplexie
- Empty sella syndrom
- Cévní malformace
- Trauma
- Hemochromatóza
- Postradiační změny

Hypothalamické příčiny

- Hmotnostní úbytek
- Mentální anorexie
- Chronický psychický stres (ovlivnění sekrece GnRH pomocí CRH)
- Fyzická zátěž
- TBC, trauma, radiace, tumory

Systémová onemocnění (centrální i periferní příčiny)

- Chronické ledvinné selhávání (snížená clearance LH)
- Jaterní onemocnění (↓ tvorby vazebných proteinů SHBG)
- Endokrinní onemocnění
 - Hyper/hypothyreóza
 - DM
 - Cushingův syndrom, Addisonova nemoc
 - Gonádová dysgeneze
- Autoimunitní onemocnění
- Ostatní (KV, plicní)

Psychogenní stavy

- Pseudocyesis
- Psychózy (často ↑ PRL)
- Odmítání ženské role

Vnější vlivy, iatrogenní příčiny

- Protinádorová terapie
- Hormonální terapie (GnRH, inhibitory aromatázy, Depo-Provera, IUD)
- Abusus drog (alterace jaterního metabolismu)
- Post pill amenorhea

Léčebné postupy

- kauzální dle příčiny – hypothalamická – např. poruchy příjmu potravy interdisciplinární (psychiatr, psycholog, nutriční terapeut, gastroenterolog, gynekolog, endokrinolog), psychiatr. léčba a psychoterapeutické postupy u chronického stresu, chirurgická hysteroskopická léčba Ashermannův syndrom atd.
- léčba v pozadí přítomné endokrinopatie – např. léčba poruch štítné žlázy, Cushingova syndromu
- hyperprolaktinémie – dopaminergní agonisté

- hyperandrogenismus (PCOS) – kombinovaná hormonální antikoncepce (COC)
- funkční hypotalamická amenorea, předčasná ovariální insuficience – substituce hypoestrinního stavu (estrogen-gestagenní kombinací)

Tachykardie matky za porodu a po porodu

Viz také kapitulu „Tachykardie, bradykardie po gynekologické operaci“

V těhotenství častější příčina bolest, hypovolemie z krevní ztráty, anemie, sepse, šok.

Dále myslet na:

- Embolie plodovou vodou
- Hyperemesis gravidarum
- Chorioamniitis
- Trombóza

CAVE! Z důvodu stárnutí populace těhotných a vyššího výskytu komorbidit vyšší riziko interních příčin tachykardie.

Sestup rodidel 6 měsíců po porodu (diagnostika, diferenciální diagnostika, léčebné postupy)

Situace

Přichází pacientka, která si stěžuje na pocit sestupu v pochvě a je nyní 6 měsíců po porodu

Diagnostika, diferenciální diagnostika

Anamnéza

- zaměření na symptomy sestupu
 - vyboulení – pocit vyklenutí, problémy s mikcí – pomalý proud, přerušovaný proud, pocit rezidua, obtipace, bolest, krvácení, výtok atd....)

Gynekologické vyšetření v zrcadlech k objektivizaci typu sestupu

- přední stěna, děloha, zadní stěna, defekt hráze

Palpační vyšetření

- poranění pánevního dna resp. m. levator ani, schopnost kontraktivity

Ultrazvukové vyšetření k doplnění gynekologického vyšetření

- cystokele, rektokele, sestup dělohy, diagnostika poranění pánevního dna

Diagnostická úvaha

Doba od porodu

- je ještě šance na spontánní úpravu? – 6 měsíců po porodu již šance na spontánní zlepšení klesá, po 1 roce a ji již nelze očekávat

Subjektivní obtíže

- jedná se o diagnózu, která neohrožuje zdraví, ale má dopad na kvalitu života, tj. subjektivní vnímání obtíží je klíčový faktor pro hledání řešení

Další reprodukční plány

- jsou-li další reprodukční plány, tak řešení jsou spíše konzervativnější

Léčebné postupy

U mladé ženy, relativně krátce po porodu je jednoznačné vhodné zahájit konzervativními metodami (fyzioterapie pánevního dna včetně různých pomůcek).

Až teprve při selhání konzervativních metod přichází v úvahu operační řešení v podobě rekonstrukčních výkonů, kdy volba bude ovlivněna reprodukčními plány, typem sestupu a stavem pánevního dna.

Tachykardie, bradykardie a náhlá srdeční zástava při a po gynekologické operaci

Viz také „Náhlá srdeční zástava“

CAVE! Šokový index!

Tachykardie – nad 100 tepů/min

Bradykardie – pod 60 tepů/min

Příčiny tachykardie

- Bolest
- Krvácení (kompenzace krevních ztrát)
- Anemie
- Alergická reakce
- Strach, nervozita
- Nausea, zvracení
- Hypoxie
- Hypotermie
- Infekce, sepse
- Plicní embolie
- Infarkt myokardu
- Distenze močového měchýře
- Toxicita lokálních anestetik
- Toxidromy
- Sinusová tachykardie
- Tachyarytmie

Příčiny bradykardie

- Hypoxemie
- Neuraxiální anestezie
- Pozdní fáze šoku (většinou hypovolemický/hemoragický)
- Sinusová bradykardie
- Bradyarytmie
- Ischemie myokardu
- Předávkování negativně chronotropickými antihypertenzivy (digoxin, amiodaron)
- Toxicita lokálních anestetik
- Distenze močového měchýře u pacientů s poraněním míchy (vagový reflex)
- Spánek

Diferenciální diagnostika

Zjišťování příčiny a následné řešení vedeme dle pacientky, typu výkonu a podezření na vyvolávající příčinu! Jiná bude pravděpodobná příčina u staré polymorbidní pacientky po náročném onkogynekologickém výkonu a jiná u jinak zdravé mladé ženy, která podstupuje krátký zákrok pro např. zamklé těhotenství!

Teplota po gynekologické operaci

Definice

- Elevace teploty > 38 °C v pooperačním období
- 37,5 °C do 38 °C subfebrilie
- 37C – 37,5 °C často fyziologická pooperační subfebrilie z důvodů ↑katabolismu, ↑tonu sympatiku, ustupující do 48hodin po operaci

Tělesnou teplotu vždy dávat do korelace s tepovou frekvencí pacientky!

Pooperační infekce – vznikají za více než 72 hodin od výkonu. Dřívější infekce jsou vždy původem z doby před operací!

Příčiny

- Infekce
 - plíce a i.v. vstupy (2.-3. den)
 - IMC + tromboflebitis (3.-4. den)
 - perforace GIT (4.-5.den)
 - raná infekce (5.-6. den)
 - abscesy a přehlédnutá poranění, ponechaný materiál (týden a více po operaci)
- Anemie – obvykle jen subfebrilie
- Malignity – rozpadové teploty
- Velká raná plocha
- Resorpce hematomu
- Komplikace TRF
- Polékové alergie
- Ileus
- Ligace/přerušování ureteru
- Endometritis – po SC

Diagnostika

Anamnéza

- Jak dlouho po operaci začaly teploty (rané infekce, pozdní infekce)
- Teplotní křivka
- Typ operace, operační postup, ATB profylaxe
- RF pro hojení per secundam (imunosuprese, DM, autoimunitní, nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění)
- Přidružené symptomy (dysurie, plynatost, zvracení, průjem, dyspnoe)

Klinika

- Zevní vyšetření: stav operační rány, palpační bolestivost, peritoneální dráždění, tapottement, plynatost, rezistence, peristaltika, TK, P
- Gynekologické vyšetření

Kultivační vyšetření (rány, moč, stolice, hemokultura)

Zobrazovací vyšetření

- UZ vyšetření abdominální/vaginální

- RTG (plíce, břicho)
- CT, MR

Laboratoř

- KO, CRP, prokalcitonin, biochemie, moč biochemie + sediment
- Retikulocyty

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny

- antipyretika
- antibiotika
- analgetika
- extrakce i.v. vstupů (zejména centrálních žilních katetrů)
- operační revize (např. evakuace abscesů, ileus atd.)

Teplota v šestinedělí

Definice

- Fyziologická teplota po porodu do 37,5C (dehydratace, ↑metabolismus)
- Puerperální infekce = bakteriální infekce genitálního traktu v období šestinedělí – za více než 48 hodin po porodu

Příčiny

- záněty dělohy (endometritis, myometritis, perimetritis)
 - rané infekce v souvislosti s SC
 - rané infekce
 - nekrotizující fascitis
- resorbce subfasciálního či pánevního hematomu
- IMC
- respirační infekce
- parametritis – absces malé pánve
- septická pánevní tromboflebitis
- jiné chirurgické infekce (APPE, CHCE, peritonitis)

Záněty dělohy – endometritis, myometritis, perimetritis

- Infekce není většinou omezena pouze na deciduu, ale postihuje i myometrium, perimetrium
- Rizikové faktory – SC, PROM, choriarnitis, rezidua post partum, DM, RCU
- Příznaky:
 - TT > 38 °C, často 40°C
 - 2.-3. den po porodu, dřívější začátek horší prognóza (seps)
- Diagnostika:
 - KO, CRP
 - UZ
 - Kultivace lochií, hemokultura, moč

Puerperální septická pánevní tromboflebitis

- Šíření infekce z dělohy v místě inserce placenty – trombotizované děložní vény do venózního řečiště
- Často jednostranně více vpravo → postižení ilických vén → DDŽ nebo postižení ovariálních vén → renální venózní řečiště.
- Velké riziko sepse, septické emboly mohou infikovat plicní parenchym → plicní infarkty, abscesy
- Příznaky
 - záhadná teplota: typicky vysoké teplotní špičky při ATB terapii bez jiných klinických potíží,
 - někdy bolest 2-3.den po porodu
- Diagnostika
 - UZ event. duplexní sono žil pánve
 - CT, MR

Absces malé pánve

- Rezistence v malé pánvi s přetrvávajícími teplotami při ATB terapii
- Vznik později po porodu (5. den a déle)

Peritonitis

- Vázaná spíše na SC
- Méně vyjádřené défense musculaire

Infekční komplikace v souvislosti s SC

- *Rané infekce:*
 - Staphylococcus Aureus, E. Colli
 - Rizikové faktory souvisí s akutním SC
 - Začátek 4-5. den po operaci
 - Příznaky: teplota, sekrece ze sutury + zarudnutí
- *Nekrotizující fascitis*
 - Vzácná ale velmi vážná infekce spojená s nekrózou tkáně u chronicky nemocných, obézních, DM
 - Infekce polymikrobiální nebo pouze invazivním S. pyogenes
 - Nutnost chirurgické odstranění postižené tkáně
 - klinicky patrná hyperglykemie

Infekce močových cest

- Mírná hypotonie MM, vyšší rezidua, reflux
- Riziko při jednorázové katetrizaci 1-5 %, opakovaně až 50%
- Původce E. Coli

Lokální onemocnění

- Riziko – episiotomie s poraněním svěrače a rekta, urogenitální zánět současně probíhající
- Vyloučit píštěl, poranění svěrače, lacerace hrdla
- Nekrotizující fascitis episiotomie
 - Velmi vzácně u imunokomprimovaných, DM
 - Může postihnout všechny vrstvy hluboké i povrchové → šíření na končetiny a břišní stěnu → sepse, septický šok
 - Chirurgické odstranění veškeré nekrotické tkáně + intenzivní ATB terapie

Mastitis puerperalis

- 1-2 % žen
- Začátek 3-4. týden po porodu (kdykoliv od 1. týdne)
- Jednostranné postižení, více prvorodičky
- Staphylococcus Aureus, méně Epidermidis, MRSA, GBS, E. Colli, Klebsiella
- Rizikové faktory: ragády prsních bradavek, kontakt s nosičem Staphylococcus Aureus, špatná technika kojení, retence mléka
- Zánět ohraničen na 1 segment (Cooperova ligamenta)
- Kojení většinou není třeba přerušovat, kojit nejdříve ze zdravého prsu → reflexní zlepšení evakuace mléka na postižené straně, po skončení prs odstříkat

Forma

- intersticiální (ragády, fisury → lymfatika do interstitia)
- parenchymatosní (retence mléka → retrográdní postup)

Typy

- sporadická
- epidemická (nosokomiální infekce MRSA)

Projevy

- Zimnice, třesavka, TT>40 °C, bolestivé zvětšené axiální uzliny
- Zarudnutí postiženého prsu
- Zatvrdnutí postiženého prsu (retence mléka)
- Retence mléka – chybí laboratorní známky zánětu

Diagnostika

- Fyzikální vyšetření
- KO, CRP, kultivace mléka
- UZ

Diagnostika

Anamnéza

- průběh porodu – spontánní/SC/forceps obsterica + VEX
- přítomnost chorioamnionitis
- bolesti
- potíže při močení
- kojení
- jak dlouho od porodu
- porodní poranění

Klinické vyšetření

- celkové (prsa, tapottement, hlava, krk, uzliny, břicho, DK – otoky, peritoneální dráždění, jizva po SC)
- gynekologické (poranění, lochia, branka/hrdlo, palpační bolestivost)

Laboratoř

KO, CRP, kultivace (lochia, moč, hemokultura, event. stolice)

Zobrazovací metody

- UZ pánve, ledviny, prsa
- duplexní sono žil
- RTG S+P
- CT, MRI
- (angioCT, scinti)

Léčebné postupy

Vždy dle vyvolávající příčiny

- antipyretika
- antibiotika
- chirurgická revize operační rány (evakuace abscesů atd.)

Únik moči (diagnostika, diferenciální diagnostika, léčebné postupy)

Definice

Inkontinence moči je definována jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči

Typy inkontinence

Uretrální

- stresová (SUI)- únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku (kašel, poskok...)
- urgentní (součást OAB) únik moči provázený urgencí
- smíšená (stresová i urgentní)
- reflexní (abnormální reflexní aktivita míšního centra při onemocnění CNS)
- paradoxní (únik moči z přeplněného měchýře při poruše mikčného reflexu)

Extrauretrální

- kongenitální (extrophia vesicae, ektopický ureter)
- získaná (píštěl)

Méně časté typy inkontinence moči

- Noční enuréza (enuresis nocturna): stížnost na nechtěný únik moči během spánku
- Absolutní (stálý) únik moči: stížnost na trvalý únik moči
- Koitální únik moči: únik moči spojený s koitem

Diagnostika

1. Anamnéza (dotazníky, mikčnický deník)
2. Fyzikální vyšetření a klinické testy (např. stres test, PWT)
3. Laboratorní vyšetření (moč kult.)
4. Zobrazovací metody (UZ, výjimečně MR)
5. Urodynamické vyšetřovací metody – plnicí cystometrie, profilometrie, uroflow
6. Endoskopie (cystoskopie)

Diferenciální diagnostika

- Výtok

Léčebné postupy

SUI

1. Gymnastika svalů pánevního dna
2. Elektrostimulace
3. Pesary
4. Operační léčba
 - a. Kolpopexis sec Burch
 - b. Páskové operace – retropubické, transobturatorní
 - c. Bulking agent – Bulkamid

Urgentní inkontinence moči (součást OAB – hyperaktivní močový měchýř)

1. Parasympatolytika – trospium (Spasmed), solifenacin (Vesicare)
2. Beta 3 sympatomimetika – mirabegron (Betmiga)
3. Botox

Výběr metody antikoncepce

Kontracepce – postupy zabraňující nechtěnému otěhotnění bez nutnosti sexuální abstinence

Antinidace – zábrana nidace již oplodněného vajíčka

Požadavky na antikoncepční metodu – spolehlivost, bezpečnost, snášenlivost

Pearlův index – počet těhotenství u 100 žen/rok

Metody

- přirozené
- bariérové – kondom, femidom, pesar
- chemické – spermicidy
- hormonální – kombinovaná (COC), gestagenní
- nitroděložní – hormonální (LNG-IUD), s mědí
- chirurgické – sterilizace

Vyšetření před výběrem antikoncepce

- Anamnéza
 - RA – hlavně tromboembolická nemoc (TEN), kardiovaskulární onemocnění (KVO)
 - OA – TEN, KVO, hereditární trombofilní stavy, jater. onemocnění, DM
 - GA – charakter cyklu, počet partnerů (stálý, střídání) – rizika STD, reprodukční plány
- Vyšetření
 - TK
 - dle anamnézy a kontracepční metody (např. hematologické vyšetření na trombofilní mutace u pozitivní RA, jaterní testy u jaterního onemocnění při volbě hormonální antikoncepce)
 - běžná gynekologická prevence

Léčebný postup

- párová záležitost
- volba metody zohledňuje výše uvedené anamnestické faktory, rizika a kontraindikace, ale i možné nekontracepční příznivé účinky na některé symptomy (dysmenorea, abnormální děložní krvácení, kožní androgenní příznaky atd.)
- postkoitální antikoncepce – až do 120 h. (SPRM)

Výtok v těhotenství

Dále viz kapitola „Výtok z pochvy“

V těhotenství

- Poševní sekret – fyziologický
- Výtok při infekci
 - vulvovaginitida
- Odtok plodové vody
- Odchod hlenové zátky
- Moč
- Sperma

Diferenciální diagnostika

- Zmnožení poševního sekretu, reakce poševní stěny na zvýšenou produkci progesteronu
 - reakce poševní stěny na zvýšenou produkci progesteronu
 - bez zápachu, bez svědění, bez pálení
 - někdy množství větší, evokuje odtok plodové vody
- Poševní infekce
 - svědění, pálení
 - zapáchající výtok
 - v těhotenství vyšší náchylnost k infekcím
- Odtok plodové vody
 - Temešváry zkouška, Amnisure, Amnicheck
 - UZ (oligohydramnion)
- Odchod tzv. hlenové zátky
 - hnědý hlenovitý výtok, lze se stopami krve
- Moč
 - v těhotenství vyšší náchylnost k močové inkontinenci

CAVE! Poševní infekce do 20. týdne těhotenství nutné přeléčit – riziko předčasného porodu!

Výtok z pochvy

Fluor vaginalis

Rozdělení dle období

- Novorozenecké období
 - fluor vaginalis purus (fyziologický)
 - mixtus (E. Colli, enterokoky, klebsiely, proteus, streptokoky, **CAVE cizí těleso**)
- Klidové období – neestrogenizované
 - fluor vaginalis je vždy patologický
 - dg.: kultivace – E. coli, enterokoky, streptokoky, stafylokoky, klebsiely, haemophilus...)
- Pubertální
 - fluor pubertalis purus
 - fluor pubertalis mixtus (**CAVE cizí těleso**)
- Postpubertální období
- Posmenopauzální období

Rozdělení dle etiologie

- Fyziologický fluor – sekret vestibulárních žlázek
- Bakteriální vaginóza
- Aerobní vaginitida
- Mykotická vulvovaginitida
- Trichomonádová infekce
- Poševní laktobacilóza
- Atrofická vaginitis
- STD (chlamydie, gonokok)
- Cervicitis
- Syndrom toxického šoku
- Herpetická infekce
- Adenitis vestibularis
- Parazitická infekce
- Neinfekční příčiny
 - cizí těleso
 - chemická iritace
 - vaginální atrofie, ektropium (stařecká kolpitis – fluor s příměsí krve)
 - alergie, kontaktní dráždění (pesary, IUD)
 - nádorové onemocnění (polypy, myomy, karcinomy hrdla, endometria)

Klinické projevy

- vulvovaginální diskomfort, zarudnutí, svědění, výtok, dysurie, dyspareunie, dráždění, exkoriace
- tvarohovitý → kandidóza nebo laktobacilóza
- naředlý řídký na stěnách ulpívající → anaerobní vaginóza (rybina)
- nažloutlý → aerobní vaginitis
- hojný řídký zpeněný → trichomoniasis

Diagnostika

- Anamnéza (vulvární diskomfort, dysurie, dyspareunie, bolest v podbřišku, PM a jejich vztah k výtoku, sexuální chování, vazba na pohlavní styk)
- Gynekologické vyšetření
- Makroskopický vzhled výtoku, zápach
- Test pH
- Nativní mikroskopie nebo barvená – clue cells (Nugent, Gramm)
- Kultivace (cílená na kvasinky, *Trichomonas vaginalis* atd.)
- KOH test
- Nativní mikroskopie s KOH
- Cytologie
- STD (PCR na kapavku, chlamydie, mykoplazmata)

Diferenciální diagnostika

- Symptomatická vaginální infekce → abnormální vyšetření
 - pH > 4,7 + aminový test + → výtok nebo příznaky → bakteriální vaginóza
 - pH < 4,5 + aminový test - → výtok nebo příznaky → kandidóza

CAVE – fistuly – moč!

pH	Aminový test	Klíčové buňky	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Mycelia kvasinky	Leukocyty	Hodnocení
<4,5	-	-	-	-	-	Normální poševní flóra – fyziologický obraz
<5,5	+	+	-	-	-	Bakteriální vaginóza
>4,5	-	-	-	-	+	Hnisavá bakteriální flóra
>4,5	-	-	+	-	+	Trichomonádový zánět
<>4,5	-	-	-	+	+	Kvasinkový zánět

Zarudnutí prsu v šestinedělí

Příčiny

- Retentio lactis
- Mastitis puerperalis
- Ragády
- Vzácně absces, flegmóna, karcinom prsu atd.

Diferenciální diagnostika

- Začátek obtíží – mastitida většinou několik dní po porodu, pokud více než několik týdnů, tak spíše retence
- Teploty – u zánětu vysoké (až ke 40°C)
- Vzhled prsou – zarudnutí/zarudlý pruh u zánětu
- Sekrece – ejakulace mléka již při lehkém pohmatu
- Bolestivost – u zánětu a retence vysoká již při lehkém doteku
- Strupy na bradavce a dvorci – ragády („kousáním“ kojence)
- Změny na kůži – při abscesu někdy provalení abscesu
- UZ vyšetření – absces prsu
- Kultivace mléka/sekretu většinou nutná není

Rozdíl mastitida / retence

- Retence nemá teplotu, bolestivost menší
- Mastitida vysoké teploty, většinou zarudnutí prsu

CAVE! I v šestinedělí se může manifestovat karcinom prsu!

CAVE! Patogeny pocházejí z nosohltanu novorozence!

Léčebné postupy

- antipyretika
- antibiotika
- pomoc při kojení (odstříkání, odsátí mléka)
- evakuace abscesu

Zarudnutí sutury po císařském řezu

Viz také kapitola „Teplota v šestinedělí“ – nekrotizující fascitis, infekce operační rány

Příčiny

- Infekce
 - přímo související s operačním výkonem
 - s odstupem po operaci
 - vznik abscesů a flegmón
- Alergická reakce
 - dezinfekce
 - šicí materiál
 - prádlo
 - latex (guma na spodním prádle)
- Mechanické dráždění sutury
 - spodní prádlem
- Zapaření
 - těsné prádlo

Diferenciální diagnostika

- Celkové příznaky
 - teplota, třesavka, zimnice
- Rychlost nástupu od operace
- Bolestivost
- Rozsah zarudnutí
 - v celé délce sutury, parciální
- Sekrece z rány
 - hnisavá/serózní/krev
 - kultivační vyšetření
- Exantém v okolí rány
- Zobrazovací metody
 - UZ – rozsah event. výpotku, jeho hustota atd

Léčebné postupy

- antibiotika
- evakuace infikovaného hematomu, revize operační rány
- antipyretika
- antihistaminika a odstranění příčiny (při alergické reakci)

Změny nálad a chování v šestinedělí

Nejčastěji vznik ještě na oddělení šestinedělí (do 48 hod po porodu).

Příčiny

- Poporodní deprese
 - Změny v psychice kvůli obavám z porodu, péče o dítě
 - Mohou pokračovat i po porodu
 - Lze zvládnout ambulantně, většinou vymizí po porodu
- Poporodní blues
 - Vyčerpání, smutek, poruchy spánku
 - Odezní spontánně
- Poporodní psychóza (0,1-0,2 %)
 - Insomnie, deprese, mánie
 - Suicidální tendence
 - Mohou být podmíněné organicky (po trombóze, infekcích atd.)
 - Terapie za hospitalizace na psychiatrickém oddělení – elektrokonvulze

Diagnostika

- Anamnéza
 - Předchozí těhotenství
 - Předchozí psychické obtíže
- **Vždy konzultace psychiatra!**

Léčebný postup

Dle příčiny – vždy dle doporučení psychiatra

CAVE! Důležitá spolupráce s rodinou a personálem při sledování pacientky!

Zvracení v I. trimestru těhotenství

Rozdělení

- Těhotenská onemocnění
 - hyperemesis gravidarum
 - AB imminens, incipiens, in cursu
 - partus praematurus/maturus imminens, incipiens, in cursu (pozdější fáze těhotenství)
 - HELLP syndrom
 - preeklampsie (v pozdějších fázích těhotenství)
- NPB
 - APPE
 - VCHG
 - biliární kolika
 - pankreatitida
 - ileus
- Infekce
 - pyelonefritis
 - cholecystitis
 - gastroenteritis
 - meningitis
- Dietní chyby
- Ostatní
 - intoxikace (alkohol)
 - úžeh/úpal
 - bulimie

Diagnostika

- anamnéza – strava, operace, stolice, průjem, charakter zvratků, kolikrát denně, gestační stáří
- klinické vyšetření – palpce břicha, tapottement, per rectum, per vaginam (partus praematurus imminens), TK+ P + TT, stav hydratace
- laboratoř – KO, biochemie (CRP, ionty, JT, amyláza...), moč biochemie + sediment
- zobrazovací metody – UZ – ledviny, játra, střevní peristaltika; při podezření na ileus – nativní RTG břicha

Léčebné postupy

Dle vyvolávající příčiny!

- blokátory H2 pumpy (omeprazol)
- antiemetika
- rehydratace
- úprava vnitřního prostředí
- v extrémním případě (metabolický rozvrat) ukončení těhotenství (vzácně včetně umělého přerušení těhotenství)
- chirurgická léčba (při NPB)
- léčba infekcí

Zvýšená frekvence močení a dysurické obtíže

Viz dále všechny kapitoly na téma *Poruch močení!*

Dysurie – bolest a diskomfort při močení

Normální frekvence močení – přes den á 2 až 3hod a v noci ne více než jednou

Definice

- **Zvýšená denní frekvence močení** – stížnost na častější močení během denní doby než bylo pro ženu dříve obvyklé
- **Nykturie** – stížnost na přerušování spánku jednou nebo vícekrát za účelem močení. Každému vyprázdnění předchází a následuje spánek.
- **Urgence** – stížnost na náhlé silné nucení na močení, které není možné oddálit
- **OAB** – urgence obvykle spojené s častým močením a nykturií, které mohou a nemusí být spojené s urgentní inkontinencí moči při absenci infekce močových cest či jiné patologie.

Mechanismus

- Nadměrné sensorické impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře
- Nedostatečná inhibice mikčního reflexu

Příčiny

- Fyziologicky – zvýšený příjem tekutin (chybí ale dysurie)
- Syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB, urgence)
- Inkontinence moči
- Infekce moči

Diagnostika

- Anamnéza (eventuálně specifické dotazníky)
- Vyloučení IMC (papírek, M+S, kultivace)
- Klinické vyšetření (ev. i UZ)
- Mikční deník

Diferenciální diagnostika

- Interní onemocnění – diabetes insipidus např.
- Závislý na čase – noční polyurie
- Neurologické příčiny – polyneuropatie
- Vertebrogenní obtíže
- Útlak/iritace nervů v malé pánvi
- Pudendální neuralgie

- Endometrióza močového měchýře
- IMC
- Chronická cervicitida
- Prolaps/sestup
- Stenóza uretry
- Uterus myomatosus
- Tumor/karcinom močového měchýře
- Farmakologická urgence – antidepresiva
- Poruchy CNS
- Psychiatrické onemocnění
- Ca ovaria
- Painful bladder – intersticiální cystitis

CAVE! Ve většině případů se jedná o uroinfekt!

Léčebné postupy

- *OAB*
 - konzervativní
 - farmakologická

Při selhání léčby doplnit další diagnostiku:

- urodynamické vyšetření
- cystoskopie
- eventuálně cytologické vyšetření moči nebo výplachu z močového měchýře