

Постнатум шиене

Шиене на акутна акушерска лацерација на
вагина, мочен меур/или уретра

Шиене на перинатална лацерација со
опфаќање на вагина

Шиене на ректум или анален сфинктер без
опфаќање на перинеум

Доц Д-р С. Симеорова Крстевска

Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство

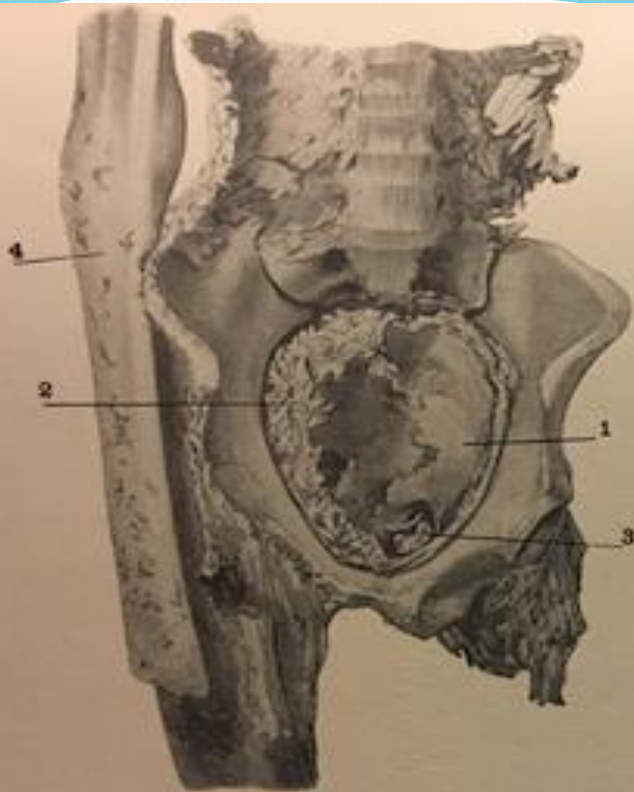


FIGURE 304

Mummy of Henhenit, who was either a queen or a dancer in the Court of King Mentuhotep, 2050 B.C., showing a large vesico-vaginal fistula. (With kind permission of Professor Derry)

ENCYCLOPEDIA OF
ANCIENT
EGYPT
Revised Edition
MARGARET B. HUNSON



Најран доказ во литературата за тешка перинеална повреда за време на раѓање е од мумијата на Henhenit, 22 годишна жена во Египет, од харемот на кралот Mentuhotep II, 2050 BC.

*Zacharin RF. *Obstetric Fistula*. New York, NY: Springer-Verlag; 1988.

Обстетрички лацерации

- При секое породување може да настане траума на меките родилни патишта вклучувајќи цервикс, вагина, вулва, лабијална, периклиторилна, периуретрална регија и перинеум.
- Инциденцата иако зависи од карактеристиките на бремените жени, условите за породување и грижа.
- Кај 50% од породувањата ќе се јави некој тип на лацерација на меките родилни патишта, најчесто од 1 или 2 степен.
- Може да бидат минорни но може да предизвикаат животниот загрозувачки хеморагии или хематоми.

Ризик фактори

- Примипаритет;
- Возраст >35 години;
- Матернален дијабет;
- Вагинално оперативно завршено породување;
- Неправилна проценка за епизиотомија;
- Епидурална аналгезија;
- Второ родилно време > 1.5 час;
- Рамена дистокија;
- VBAC;
- PFM > 4000g;
- Малпрезентација;
- Индукција и аугментација на породување;
- Постматуритет;
- Фетал дистрес.

*Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:59.

ЕФЕКТ НА ЕПИЗИОТОМИЈА ВРЗ ЛАЦЕРАЦИИ НА МЕКИ РОДИЛНИ ПАТИШТА

- Тешко е да се потврди со клинички студии дали епизиотомијата штити од лацерации на меките родилни патишта.
- Индицирана е кај проценет крупен плод, карлично породување, вагинално оперативно завршено породување.
- Намален ризик за анални сфинктерни повреди со медиолатерална епизиотомија.
- Зголемен ризик за истите со медијална епизиотомија.
- Рутинска примена на епизиотомија не се препорачува туку клиничка проценка за потреба од истата.
- Медиолатерална техника е препорачана со агол на инцизија од 60 степени од медијалната линија на дистендиран перинеум а овој агол по породување е 45 степени..
Има разлика од 20° меѓу аголот на инцизија и аголот на сатура.

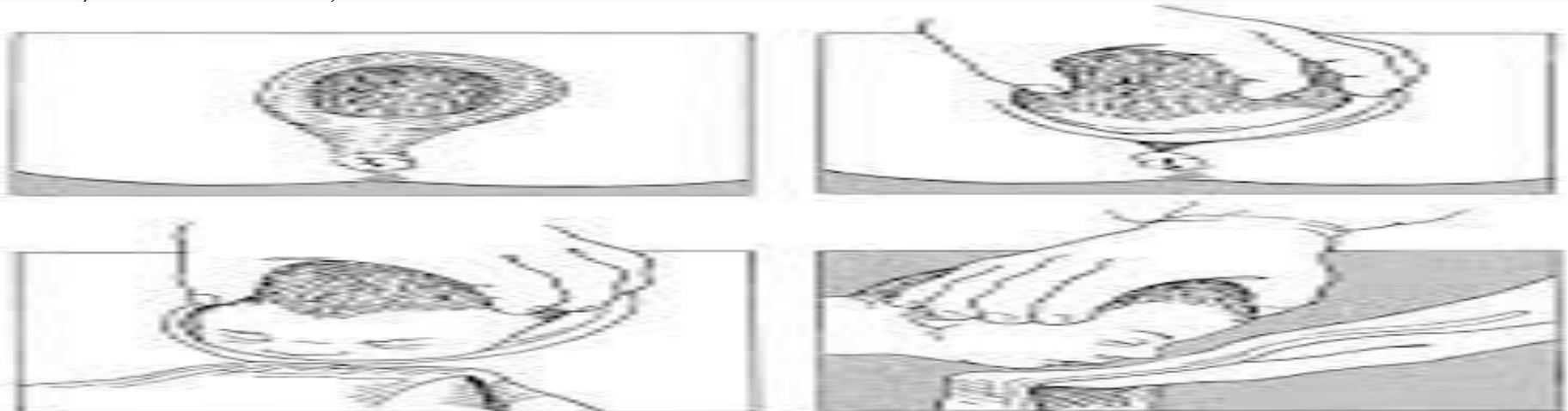
*Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery
Obstetrics & Gynecology: [July 2016 - Volume 128 - Issue 1 - p e1-e15](#)

*Kalis V. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. Int J Gynaecol Obstet 2011;112:220–4.

Превенција може да бидат техники како:

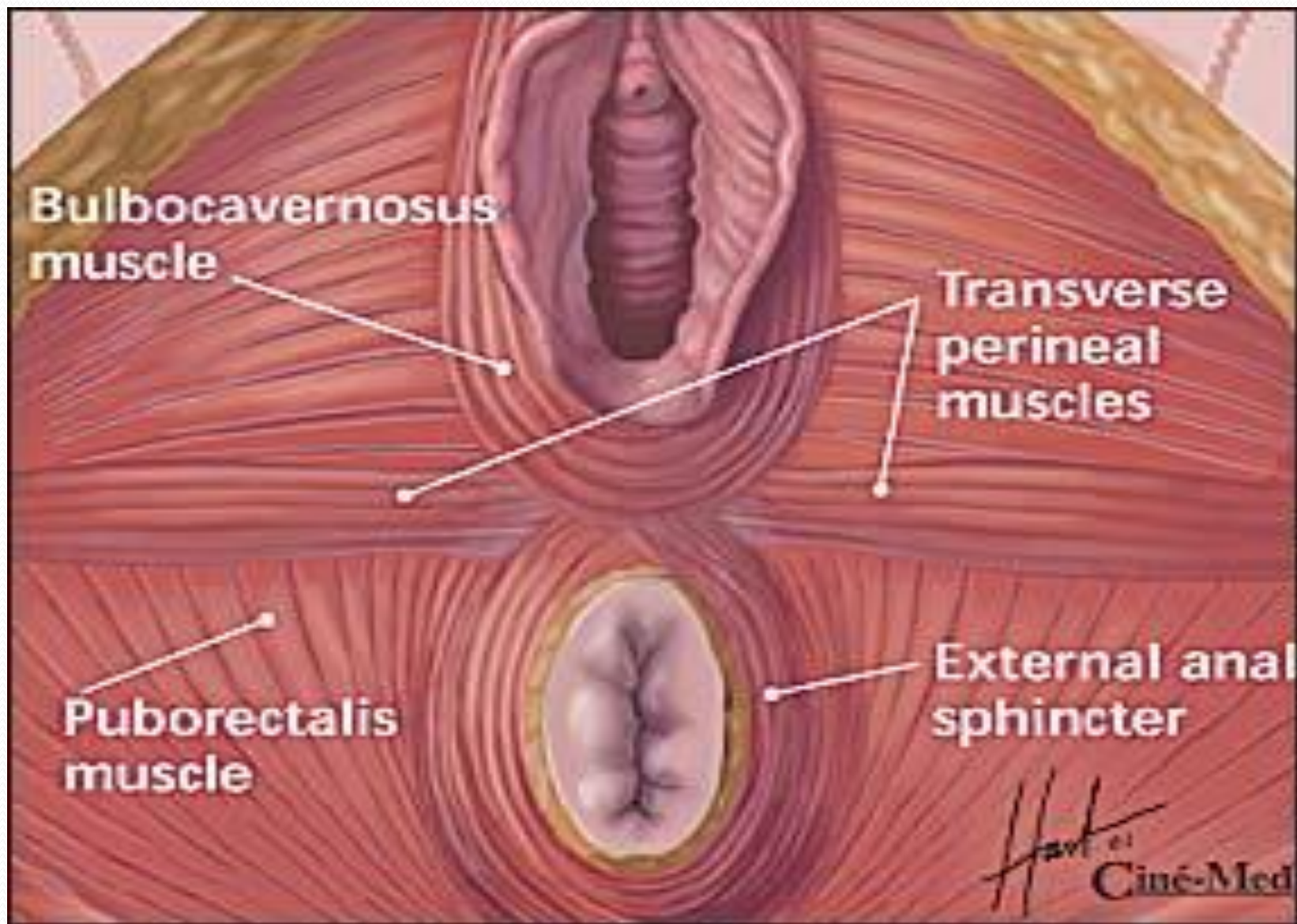
- Перинеална масажа (антепартална или за време на 2 родилно доба) ја намалува перинеалната мускулна резистенција;
- Мануелна перинеална поддршка на породување “hands on” метода ,флексиона техника, Ritgen маневар;
- Топли перинеални компреси;
- Латерална позиција на породување;
- Одложено напнување (1-3 часа) vs рано напнување (до 1 час) од комплетна дилатација.

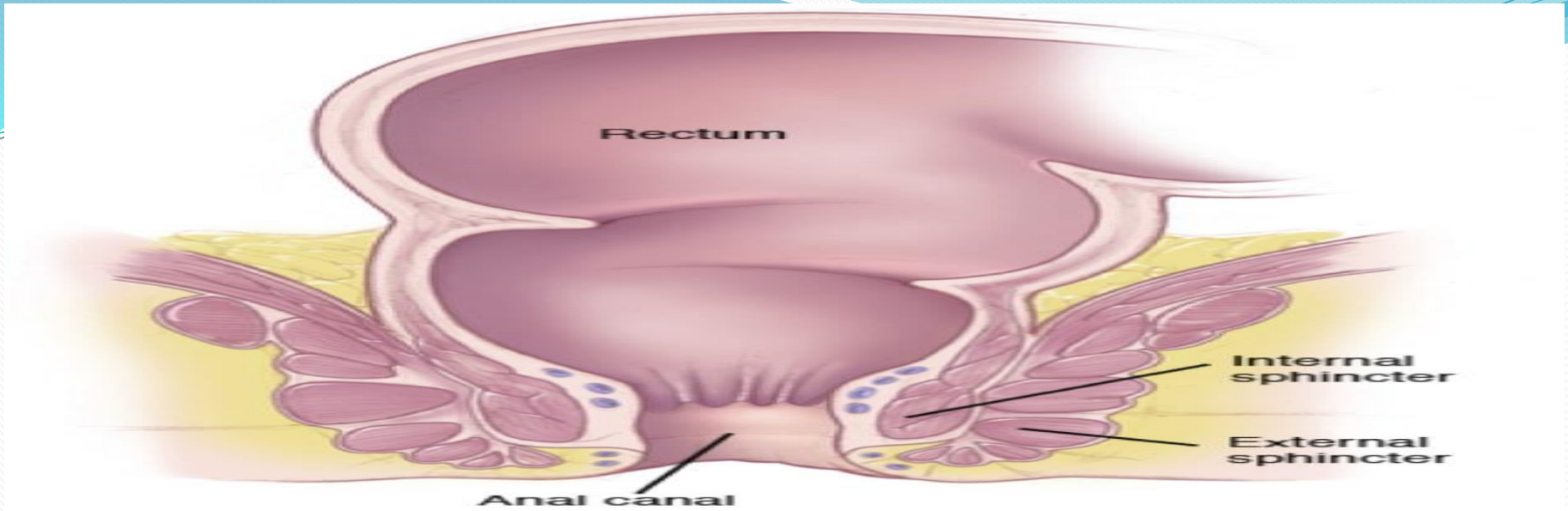
Bulchandani S. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2015;122:1157–65.



PICTURE SHOWING PERINEAL SUPPORT BY MODIFIED RITGEN'S MANEUVER TO AVOID OASIS

Перинеалното тело лоцирано меѓу вагината и ректумот е формирано од m. bulbocavernosus I mm transversus perinei.





Аналниот сфинктерен комплекс лежи инфериорно на перинеалното тело.

M. sphincter ani ext. е составен од скелетни мускулни влакна.

M. sphincter ani int. е составен од мазни мускулни влакна. Тој е 3-5mm дебело продолжување на мазната мускулатура на ректумот и е под автономна контрола.

Има бледорозев изглед и е блиску лоциран до аналната мукоза.

Слично изгледа на лист од фасција.

Delancey JO. Internal and external anal sphincter anatomy as it relates to midline obstetric lacerations. *Obstet Gynecol* 1997;90:924–7.

КЛАСИФИКАЦИЈА НА ПЕРИНЕАЛНИ ЛАЦЕРАЦИИ

- **I** степен-лацерација на перинеална кожа и/или вагинална мукоза;
- **II** степен- лацерација на перинеална кожа и вагинална мукоза, перинеалните мускули но не аналниот сфинктер;
- **III** степен- анален сфинктер



- **IV** степен расцеп на аноректална мукоза
- **Rectal buttonhole tear** –расцеп на ректална мукоза со интактен анален сфинктерен комплекс**.

*American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric data definitions (version 1.0). Washington, DC:2014.

**Sultan AH, Kettle C. Diagnosis of Perineal Trauma. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, editors. Perineal and anal sphincter trauma. London: Springer; 2007. p. 13–9.

Репарација на лацерации на перинеум бара:

- добро осветлување и визуелизација;
- инспекција на перинеум со отварање на лабии, инспекција на заден зид на вагина
- проценка на крвавење,
- утврдување на апекс на повреда и
- дигитален ректален преглед за евентуална сфинктерна повреда (додека се прави ректален преглед со ипсилатералниот прст се палпира вагината за да се оцени дебелината на ткивото).

По завршување на интервенцијата следи повторен ректален преглед за да се провери дека шав нема минато низ аноректална мукоза, ако се идентификува треба да се извади веднаш.

Вклучување на колоректален хирург зависи од локалните протоколи, експертиза и достапност.

*LAWRENCE LEEMAN et al. Repair of Obstetric Perineal Lacerations. *Am Fam Physician*. 2003 Oct 15;68(8):1585-1590.

- Локална анестезија се користи за повеќето перинеални лацерации.
- Општа или регионална анестезија може да биде потребна за адекватна мускулна релаксација и визуелизација на тешки и комплексни лацерации.
- Iv администрација на кристалоиди(физиолошки раствор или Ringer lactat)
- Овие повреди не бараат веднаш репарација и истата може да се одложи и 8-12 часа доколку не е достапен искусен лекар.
- Обезбедување соодветни хируршки инструменти, сутурен материјал и асистент за презентирање со екартери.
- Потребна иригација за подобра визуелизација.
- Заради контаминација со столица единечна доза на втора или трета генерација на цефалоспорини се даваат iv пред процедурата.

Потребна опрема за репарација на лацерации на меки родилни патишта

Стерилни компреси и ракавици

Раствор за иригација

Иглодржач

Metzenbaum ножички

Ножички за конци

Фаќалки по Pean I Kocher

Allis ови клеми

Gelpi или Deaver ретрактор

Пинцети

10-mL шприц со 22-gauge игла

1% lidocaine (Xylocaine)

10% povidone iodine

• **Репарација на перинеални лацерации од прв степен**

Ако нема крвањење или дисторзија на анатомските структури нема потреба од сутура.

• **Репарација на перинеални лацерации од втор степен**

-Апроксимација на вагинаалното ткиво, мускулите на перинеалното тело и перинеалната кожа.

-Апексот на вагинаалната лацерација се идентификува.

-1 цм над врвот на лацерацијата се пласира шав,

-Ако врвот е далеку и недостапен во највидливата регија се пласира шав и со тракција на шавот се доближува врвот.

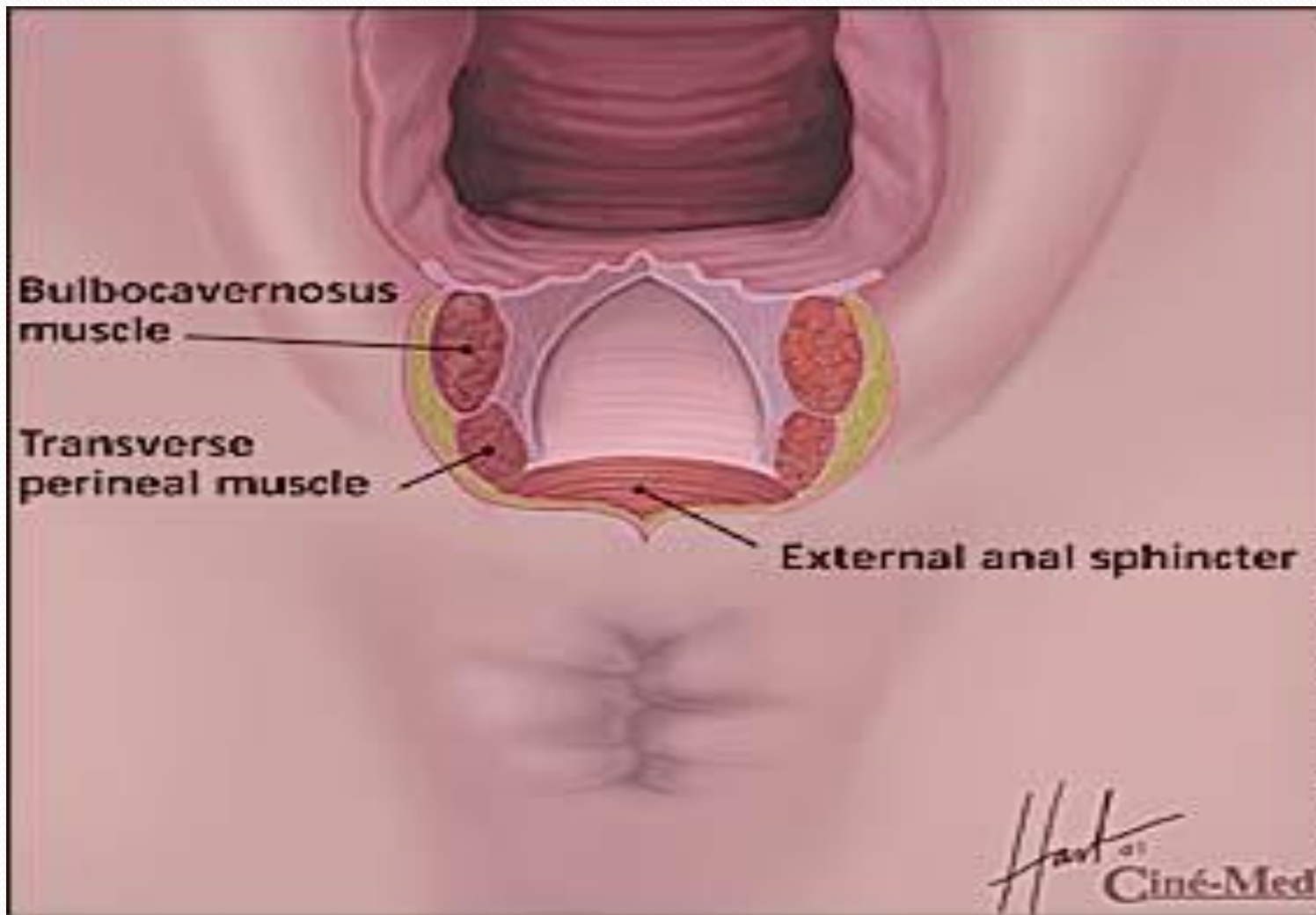
-Ако е потребно за хемостаза се користи шав со префрлање.

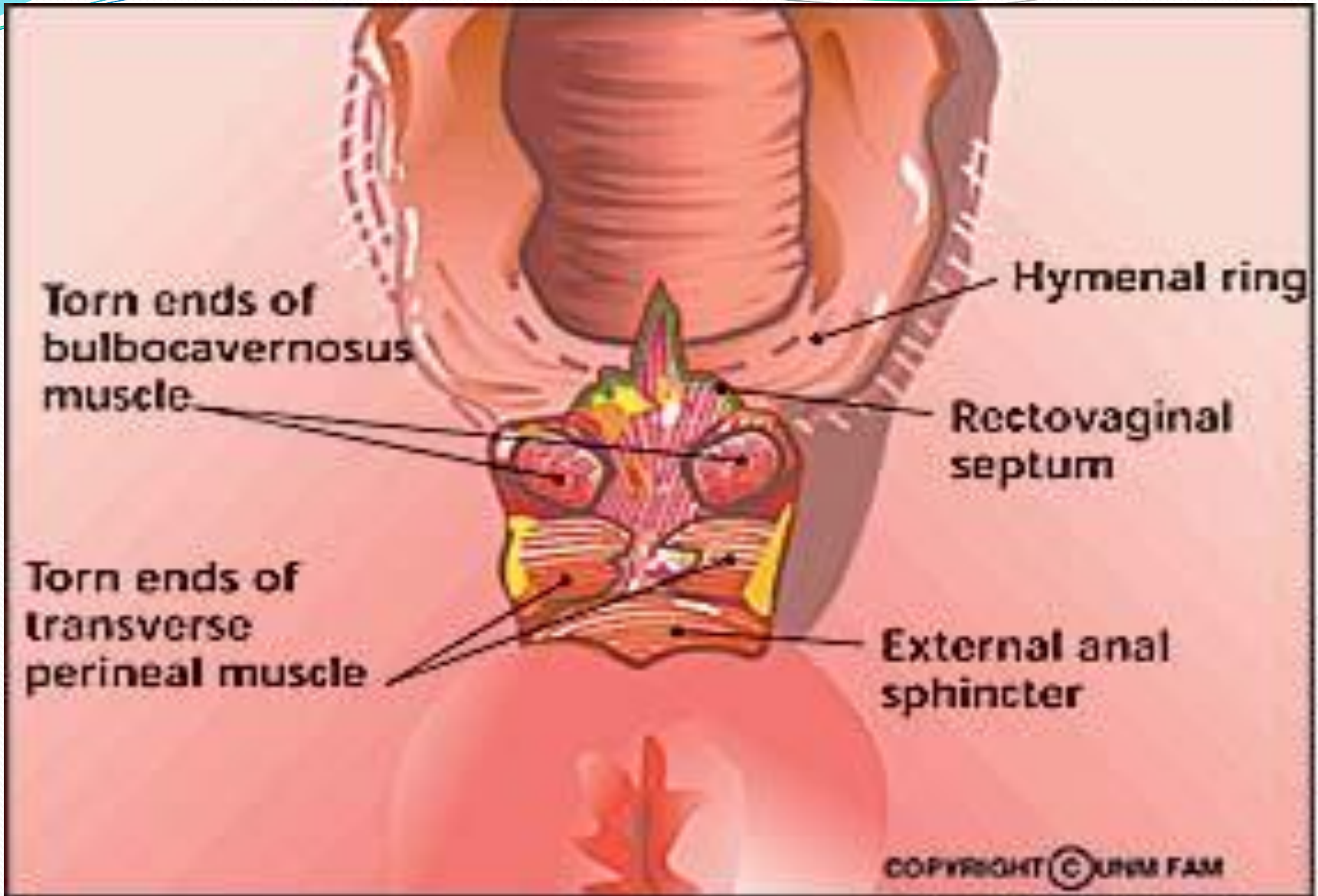
-Шавот мора да ја вклучи ректовагинаалната фасција која дава поддршка на задниот ѕид на вагината.

*Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ Clin Evid 2011;2011:1401.

- Апроксимација на длабоките ткива на перинеалното тело со пласирање на поединечни шавови.
- Перинеалните мускули се идентификуваат на секоја страна на лацерацијата на перинеум.
- Краевите на трансверзалните перинеални мускули се апроксимираат со еден или два трансверзални 2-0 или 3-0 polyglactin 910 шавови.
- Поединечен 3-0 polyglactin 910 шав се поставува низ m. bulbocavernosus.
- Ако лацерацијата ја одвоила ректовагиналната фасција од перинеалното тело, таа ќе се поврзе со вертикални поединечни 3-0 polyglactin 910 шавови.

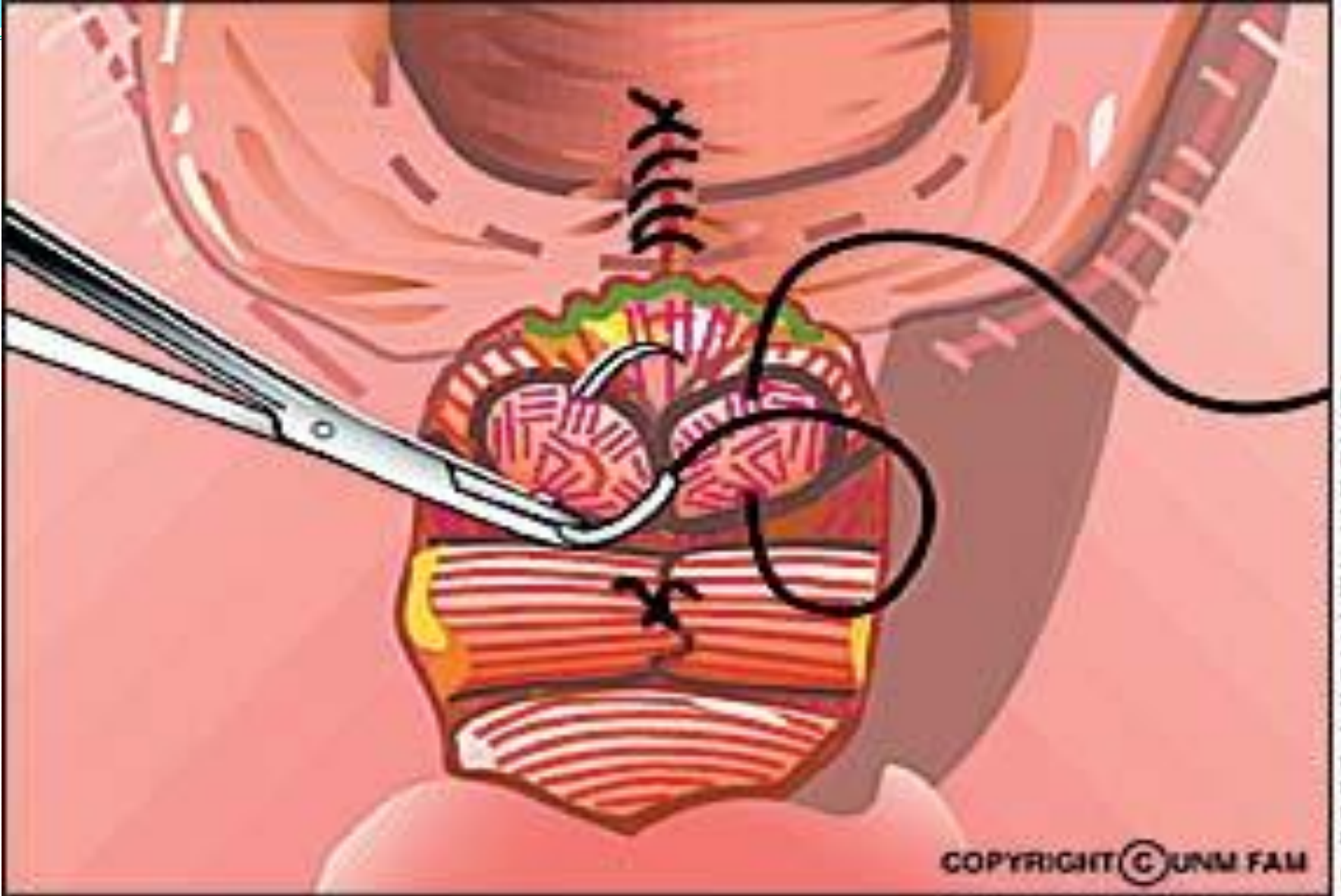
Приказ на расцепи од 2 степен и нивна сутура





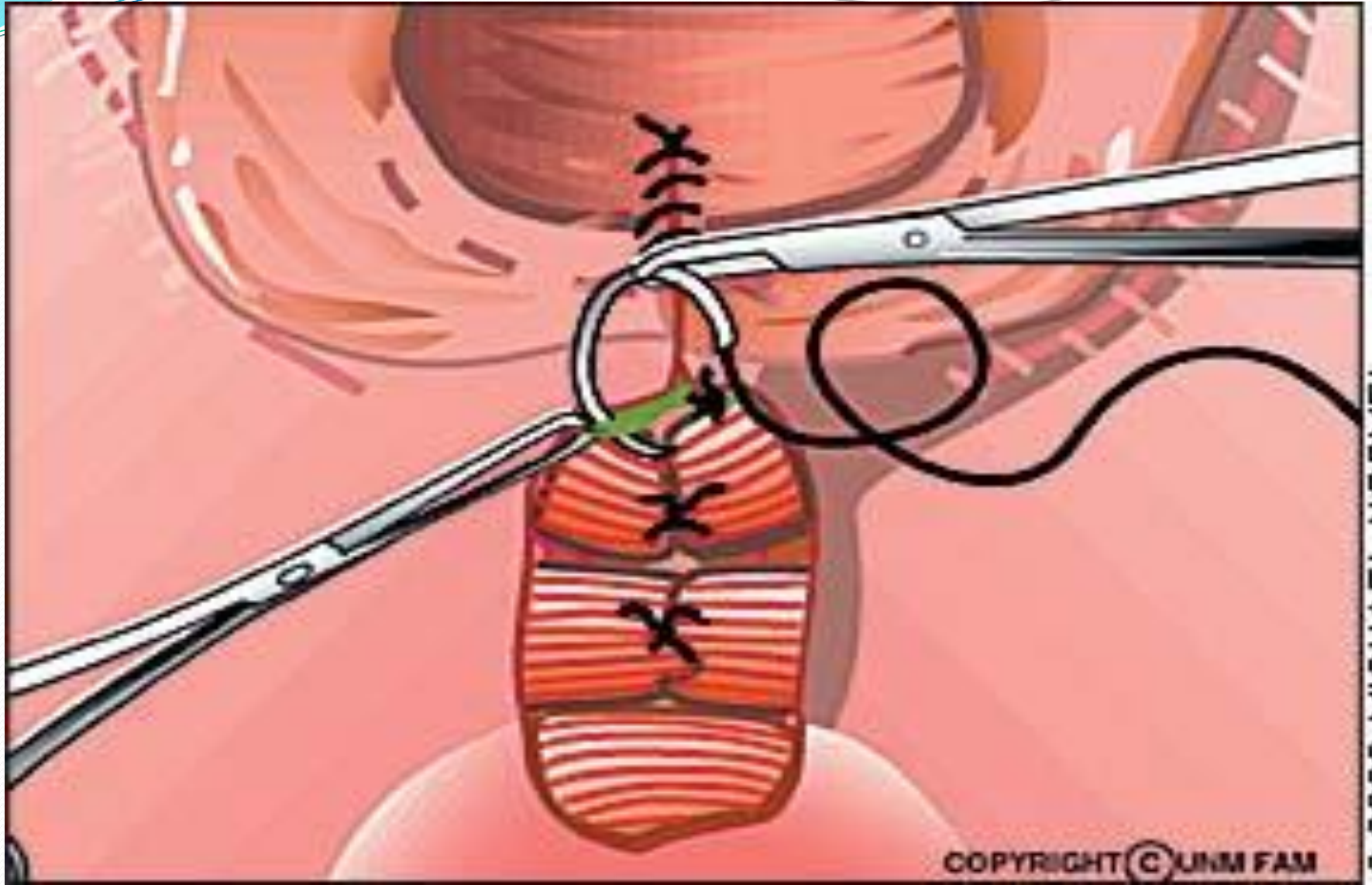
COPYRIGHT © URM FAM

© 2003 MICHAEL NORVELL



COPYRIGHT © UNM FAM

© 2003 MICHAEL NORVEL



COPYRIGHT © UNM FAM

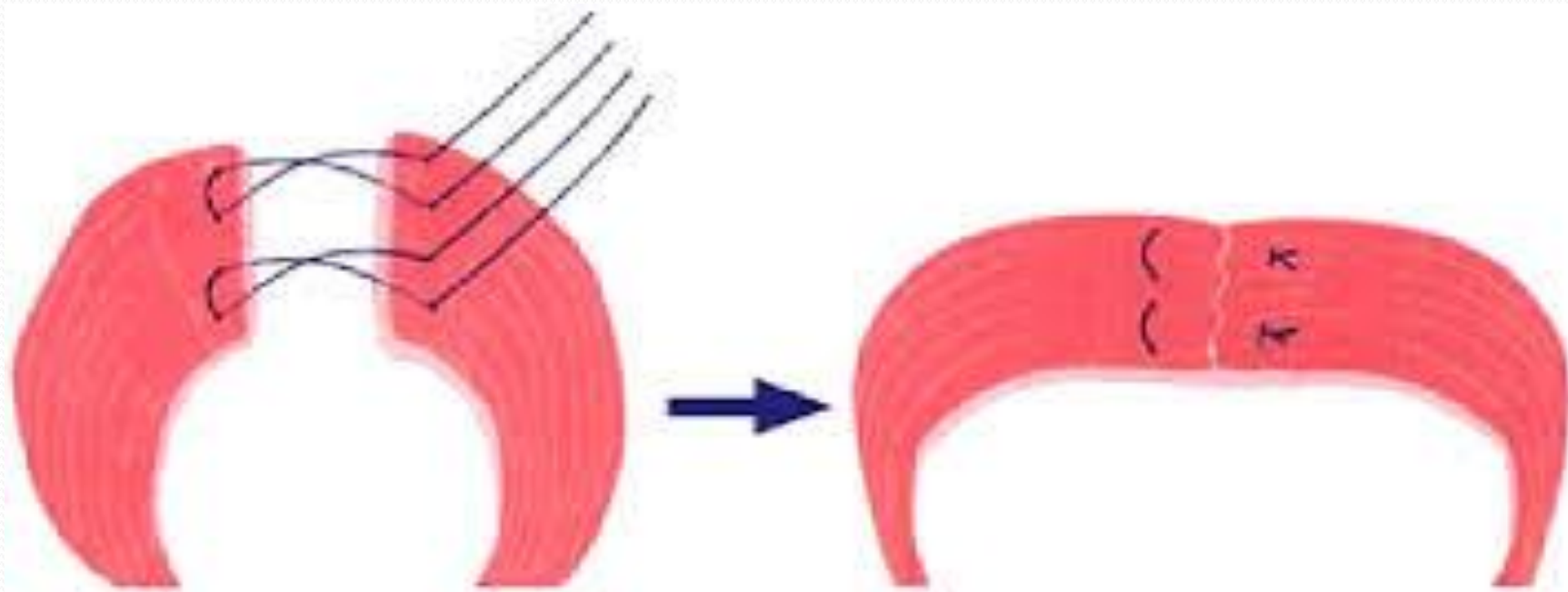
© 2003 MICHAEL NORVEL

Репарација на сфинктерен комплекс

- Опстетричките анални сфинктерни повреди може да водат до сигнификантни коморбидитети: анална инкотиненција, ургенција, ректовагинални фистули, болки и диспареунија.
- Инциденца 4-6% од сите вагинални породувања.
- Почесто се асоцирани со породувања со форцепс отколку со вакуум.
- M.sph ani ext бара апроксимација крај со крај или overlap репарација.
- Краевите на мускулите мора да се идентификуваат и прифатат со Allis clamps.
- Можно е да биде потребна мобилизација со Metzenbaum ножички за дисекција.

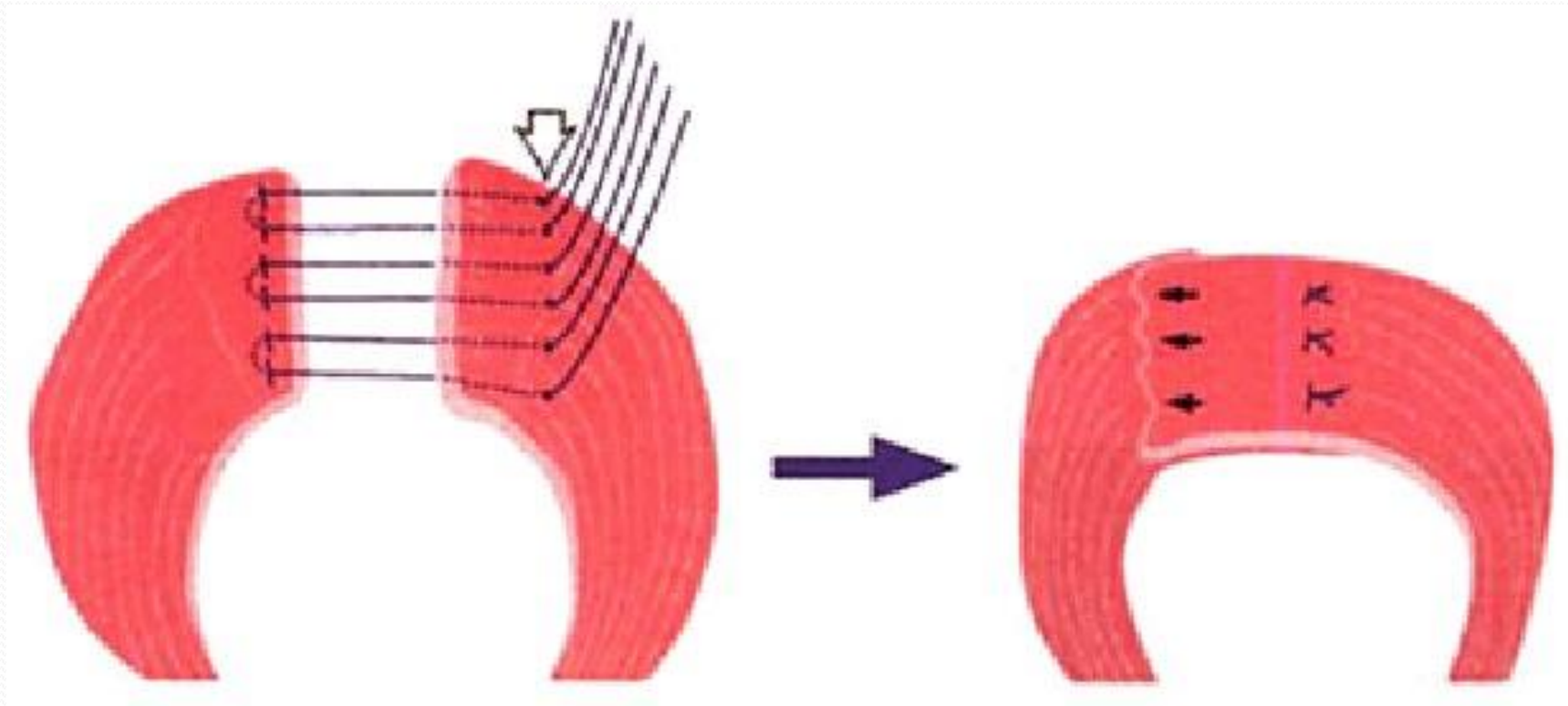
* Sultan AH, Thakar R. Third and fourth degree tears. In: Sultan AH, Thakar R, Fenner DE, eds. Perineal and anal sphincter trauma. 1st ed. London (GB): Springer-Verlag; 2009. p. 33–51.

- Препорачан материјал се 2-0 polyglactin шав или 3-0 PDS.
- Важно е и да се сутурира фасцијалниот лист а не само мускулот.
- Во репарацијата крај со крај скинатите краеви на надворешниот сфинктер се апроксимирани и сутурирани (3а и 3б расцепи).



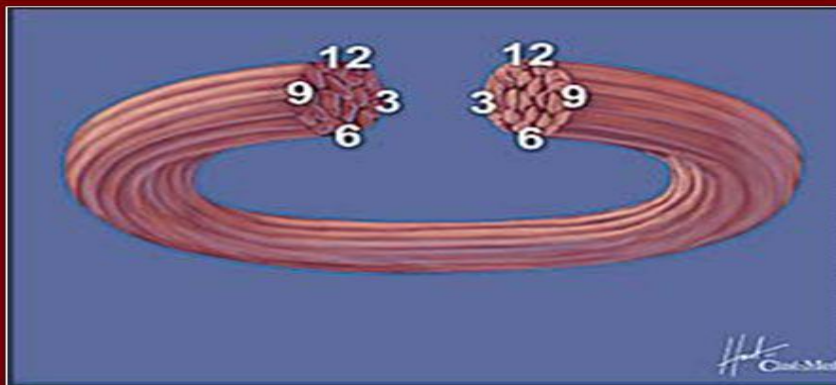
*Williams A. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. BJOG 2006;113:201–7.

- **Репарацијата со препокривање** значи сутура на едниот крај на надворешниот сфинктер преку другиот и дебелина на ткивото од околу 1-1,5цм(3б и 3ц расцепи).

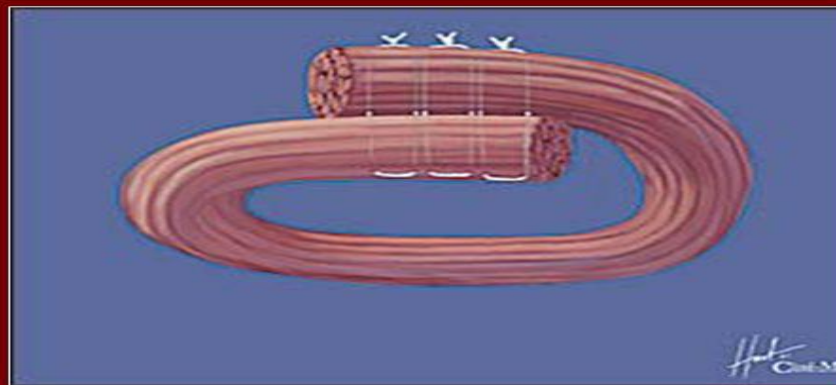


*Fernando RJ. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD002866.
DOI:10.1002/14651858.CD002866.pub3.

End-to-end (approximation) method



Overlap technique



Пониска инциденца на фетална ургенција и анална инконтиненција биле опсервирани во студија на Stock et al со overlap техника.

Една година по породување 60-80% од породените жени се асимптоматски

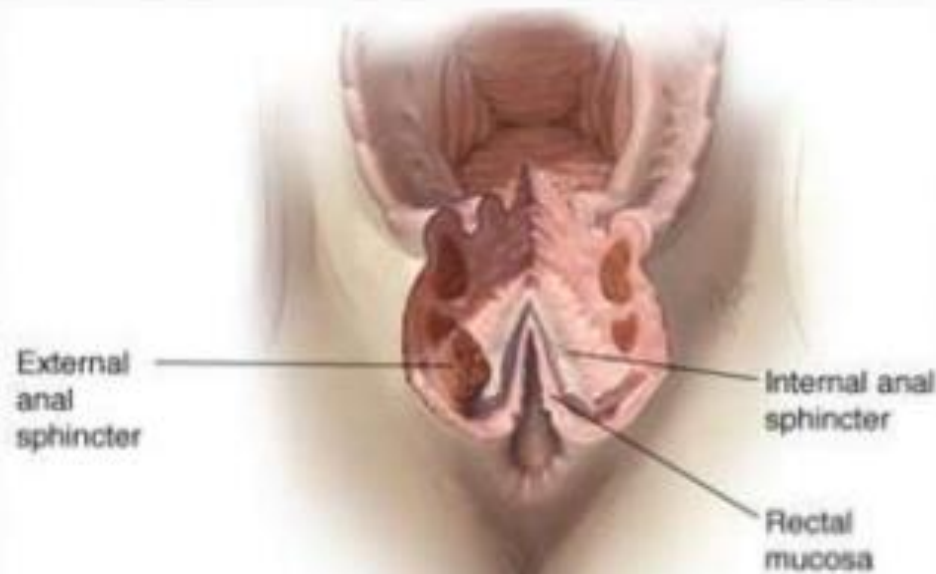
Stock L. Factors associated with wound complications in women with obstetric anal sphincter injuries (OASIS). Am J Obstet Gynecol 2013;208:327.e1-6.

Сутура на акушерска лацерација на ректум-4 степен

- Различни техники и сутурен материјал се опишани.
- Идентификување на апексот на ректалната мукозна лацерација па репарација со поединечни шавови 4-0, 3-0 polyglactin со чворови во анален лумен или надворешно во анален канал.
- Аналната мукоза може да се апроксимира и со 3-0 PDS со продолжен субмукозен шав.
- Втор слој пласиран преку мускуларис со 3-0 polyglactin во продолжен или поединечен шав.
- 3-0 polyglactin прави помалку дисконфорт и иритација од polydioxanone (PDS).
- Втор слој на продолжниот шав треба да ја инвертира првата сутурна линија и да ја намали тензијата.
- Потоа се продолжува како репарација од 3 и 2 степен.

Fourth-degree lacerations

- Extends through the rectum's mucosa to expose its lumen.



D Fourth degree

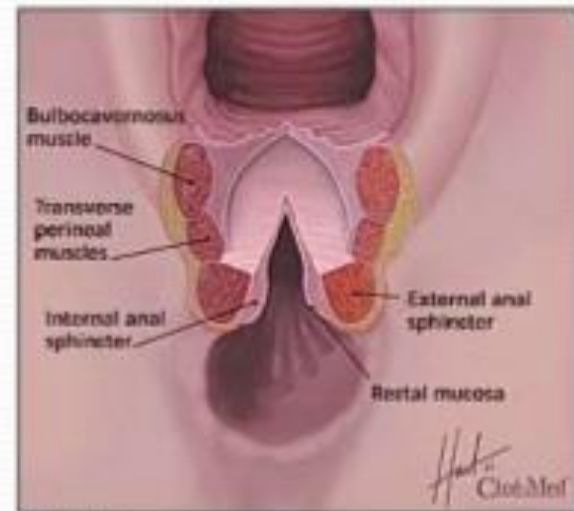


FIGURE 9.
Fourth-degree perineal laceration.

Orientation



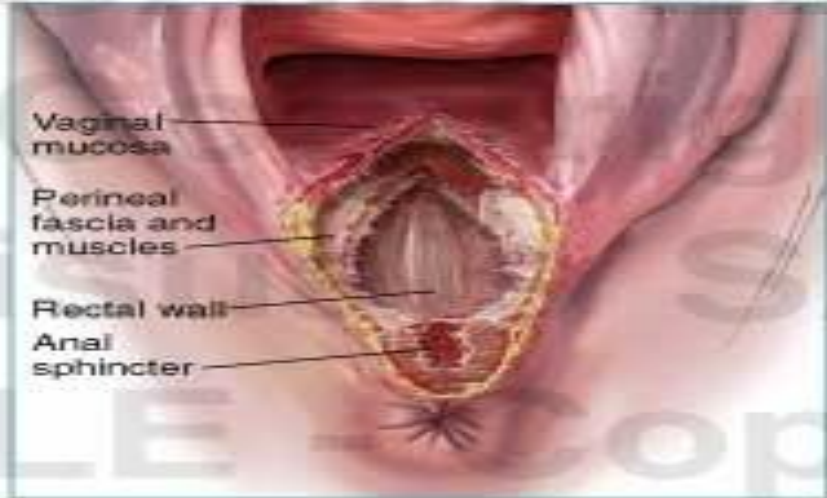
1st Degree Laceration



2nd Degree Laceration



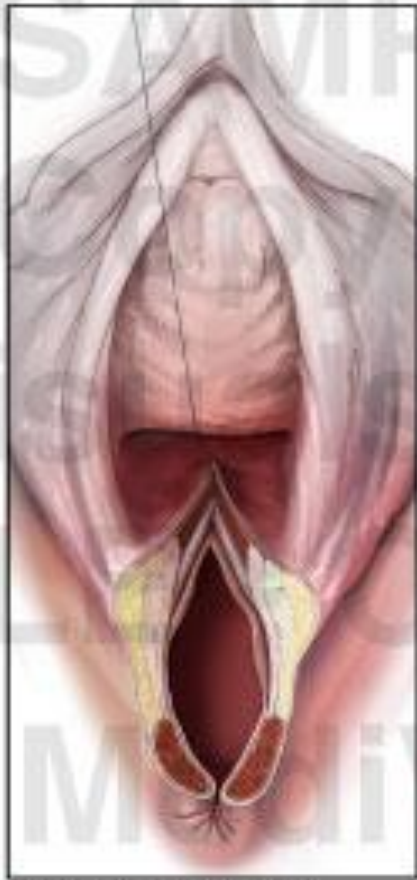
3rd Degree Laceration



4th Degree Laceration



Part I: Standard Repair of 4th Degree Laceration of Perineum



1 Vaginal mucosa reflected



2 Rectal mucosa wall repaired



3 Sutures up to squamocolumnar junction of anus



4 Perirectal fascia sutured



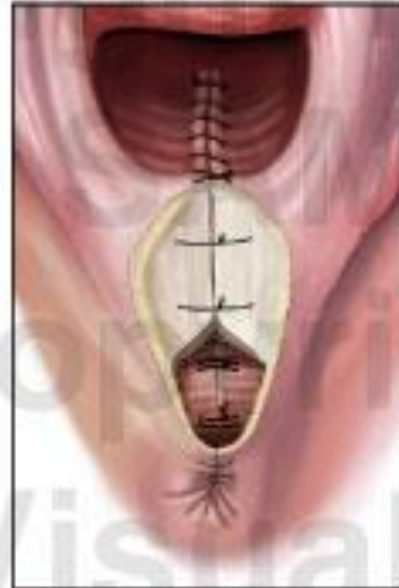
5 First suture in sphincter and capsule

© MediVisuals • 800-899-2154
Not authorized for use in mediation,
deposition, settlement, trial, or any
other litigation or nonlitigation use.

Part II: Standard Repair of 4th Degree Laceration of Perineum



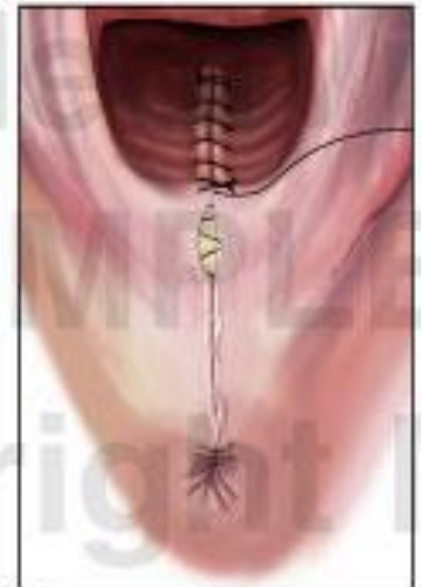
6 Completion of sphincter repair



7 Vagina repaired and perineal body sutured



8 Subcutaneous tissue of perineum reapproximated



9 Subcuticular closure of skin

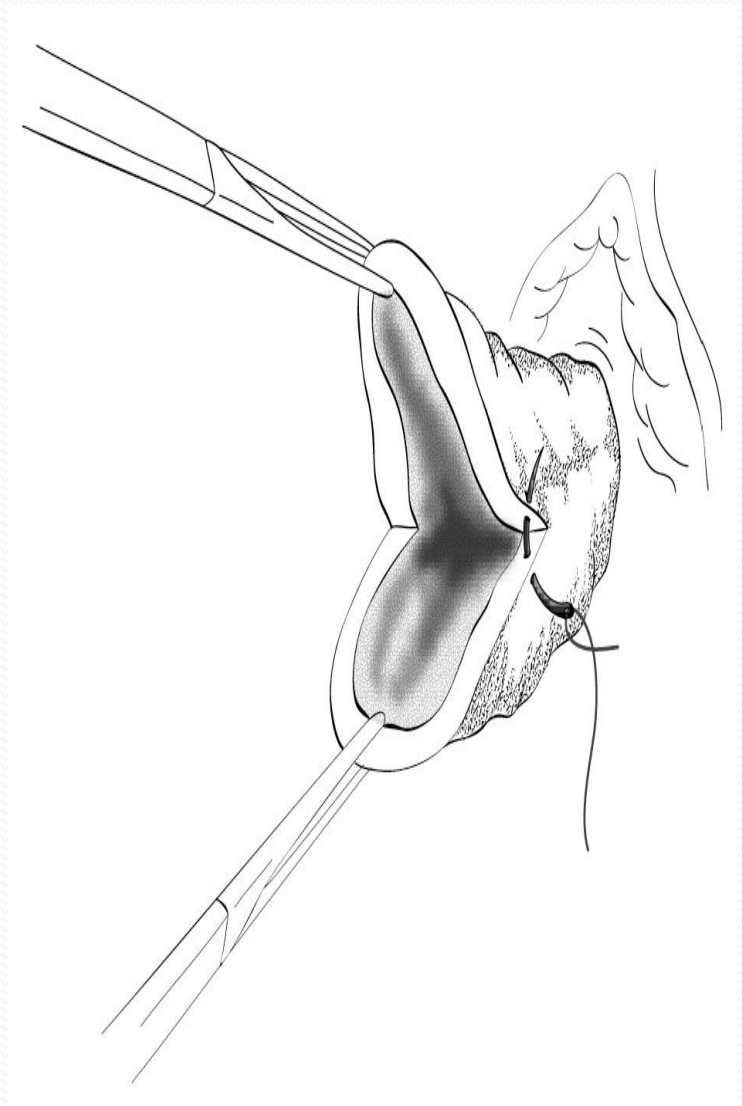
© MediVisuals • 800-899-2154
Not authorized for use in mediation,
deposition, settlement, trial, or any
other litigation or nonlitigation use.

Лацерации на цервикс

Кај постпартални крвавења со контрахиран утерус и исклучена резидуа на постелка треба да се постави сомнение за лацерации на цервикс.

Може да се придружени со повреда на долен утерин сегмент, гранка на утерина артерија, повреда на уретер.

Во иднина кај овие жени може да се јави склоност кон цервицит, цервикална инкопетенција во следна бременост.



Етиологија на цервикални лацерации

- Форцепс, екстракција на плод.
- Мануелна дилатација на цервикс
- Прекумерна стимулација со синтоцинон
- Преципитирано породување

Предиспонирачки фактори

- Ригидитет на цервиксот со лузни
- Едем кај пролонгирано породување

Типови на повреди

- Унилатерална почесто лево заради декстроротација на утерусот и лева окципитоантериорна позиција на плод како најчеста.
- Билатерална.
- Стелатна: мултипни расцепи кои од OUE се шират радијално како звезда.
- Annular detachment.

Принципи на сатура:

- Се екартира вагината
- Нежно се повлекува цервиксот со атрауматски инструмент за да се процени степенот на повредата.
- Мала пукнатина на цервикс ако не крвари (0.5-1цм) треба спонтано да зарасне без сатура.
- Расцепи со крвање се сатурираат со 2-0 ресорптивен шав во 1 слој(поединечен или продолжен). Иницијалната сатура е над апексот на лацерација.
- Ако се присутни и вагинални лацерации истите се сатурираат. Доколку е ткивото фрагилно и се кине при сатура и сеуште постои крвање да се процени потребата од вагинална тампонада (која стои 24-48часа).
- Во тој случај се пласира уринарен катетер, се ординира антибиотска терапија.
- Ако цервикалните расцепи се шират кон долен утерин сегмент или се работи за колпорекса се организира итна лапаротомија.

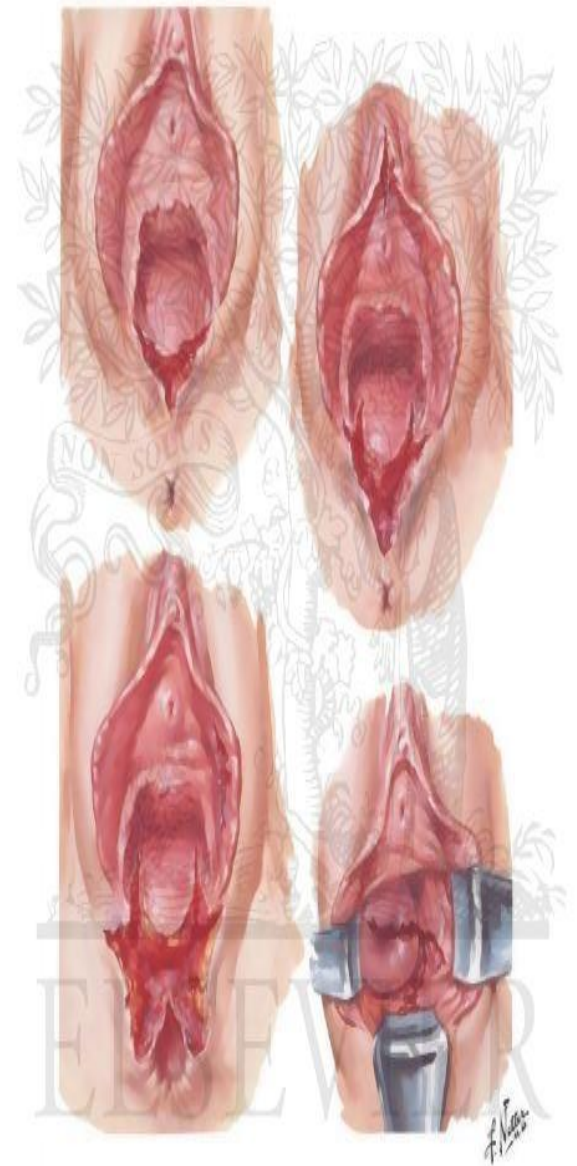
*WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, 2012.

- **Colporrhexis** е дефинирана како руптура на вагиналниот vault или горна третина на вагиналниот ѕид. Исклучително ретка но животна загрозувачка компликација на која треба да се мисли при шокови состојби во ран постпартален период.
- Може да биде:
 - Примарна (на вагиналниот vault) или секундарна(почнува од утерус и се шири кон вагина).
 - Инкомплетна(руптура на вагинален епител и мускуларис) или комплетна(руптура на перитонеум)
 Состојбата е асоцирана со висок паритет, инструментално довршено породување, преципитирано раѓање и прекумерна стимулација со окситоцин. Опишани во литературата се и случаеви кои се јавиле кај породувања по претходен царски рез.
- Клиничката манифестација варира но најчесто се вагинално крвање и знаци на шок. **Диференцијална дијагноза е руптура на утерус.**
- Кај овие случаеви е индицирана итна лапаротомија, затварање на расцепот во 2 слоја и хистеректомија особено кај лоша експозиција и голема крвозагуба.

*Kabra SL et al. Primary spontaneous complete posterior colporrhexis during labour: a rare case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016 Jul;5(7):2463-2465.

Вулварни и вагинални лацерации

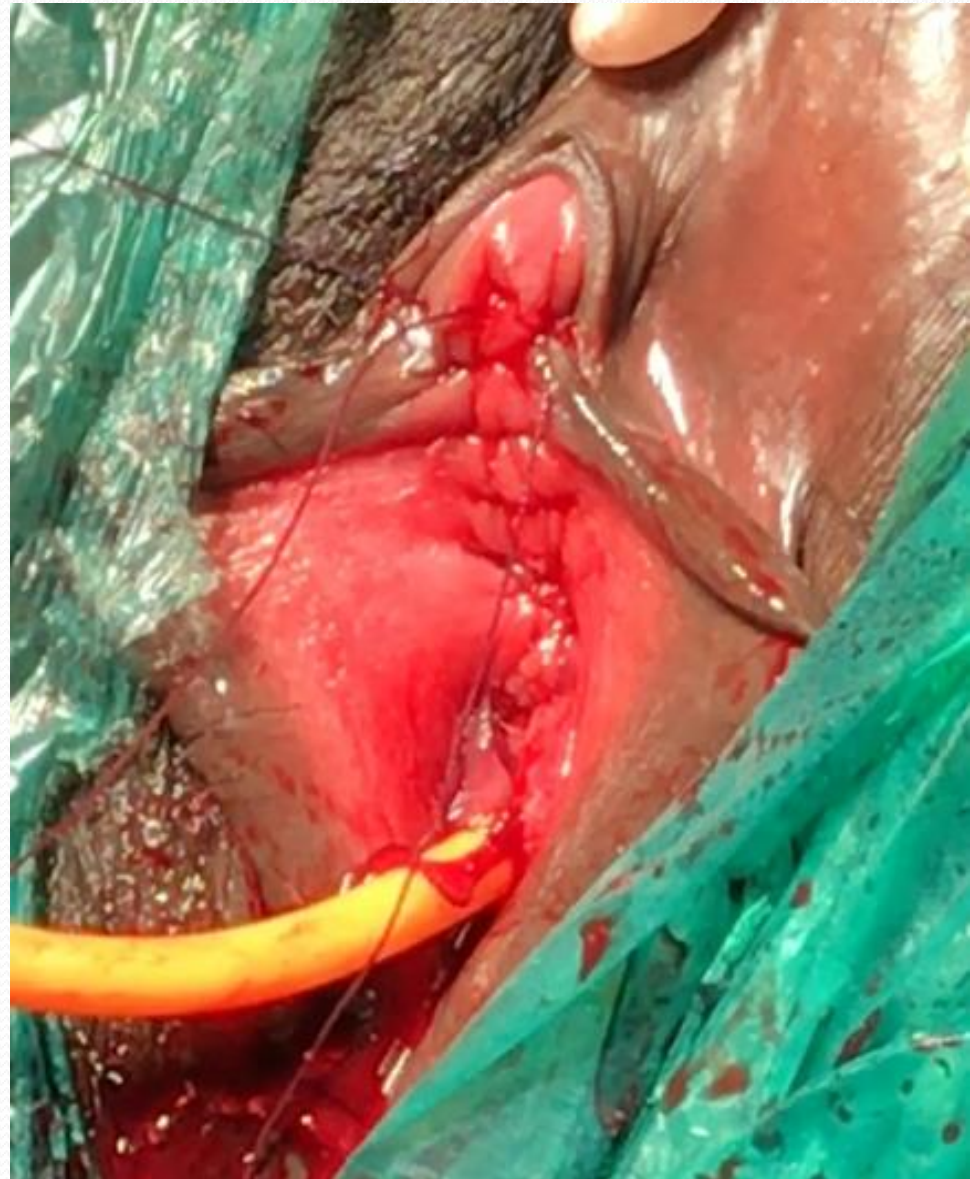
- Лацерации на вагина се очекуваат кај породувања со форцепс или вакуум кога со пелотата е повлечен дел од вагина. Репарацијата на овие лацерации е слична на перинеални лацерации од прв и втор степен.
- Сутура која го инкорпорира ткивото во длабочина за реставрација на анатомските структури се препорачува.
- 2-о chromic или полиглактин
- Апексот на вагиналната лацерација се идентификува и мукозата се сутурира со поединечен или продолжен шав со или без префрлање.



Лацерации кои опфаќаат уретра

- За мали пукнатини на предниот вагинален ѕид и лабии треба да се направи проценка и истите може да се остават без сутура.
- Периклиторјални, периуретрални и лабијални лацерации кои крварат или прават дисторзија на анатомијата треба да се репарираат.
- Пожелно е при сутура да биде пласиран уринарен катетер.

*Cunnigham FG, et al. Williams obstetrics. 24th ed. New York (NY): McGraw-Hill Medical; 2014.



Пелвични хематоми

Најчесто се асоцирани со инкомплетна хемостаза при сутура на епизиотомија, лацерации на меки родилни патишта, вагинално оперативно завршено породување иако може да се јават и од повреда на крвен сад без видлива лацерација.

Може да се јават кај жени со вродена (von Willebrand) или стекната коагулопатија (абрупција, HELLP, acute fatty liver).

Типови на пелвични хематоми се:

вулварни,

вагинални,

паравагинални и

ретроперитонеални.

Пелвичните хематоми може да растат, да предизвикаат хиповолемија, шокова состојба и тогаш се налага:

1. итна ревизија,
2. лонгитудинална инцизија на местото на најголемо испакнување,
3. евакуација на коагулумите,
4. идентификација на местото на крвање и
5. сатура.

Најчесто се поставува тампонада и дренирање.

Профилактички антибиотици се даваат за заштита од секундарна инфекција.

Уринарен катетер е задолжителен.

Се обезбедуваат крвни деривати.

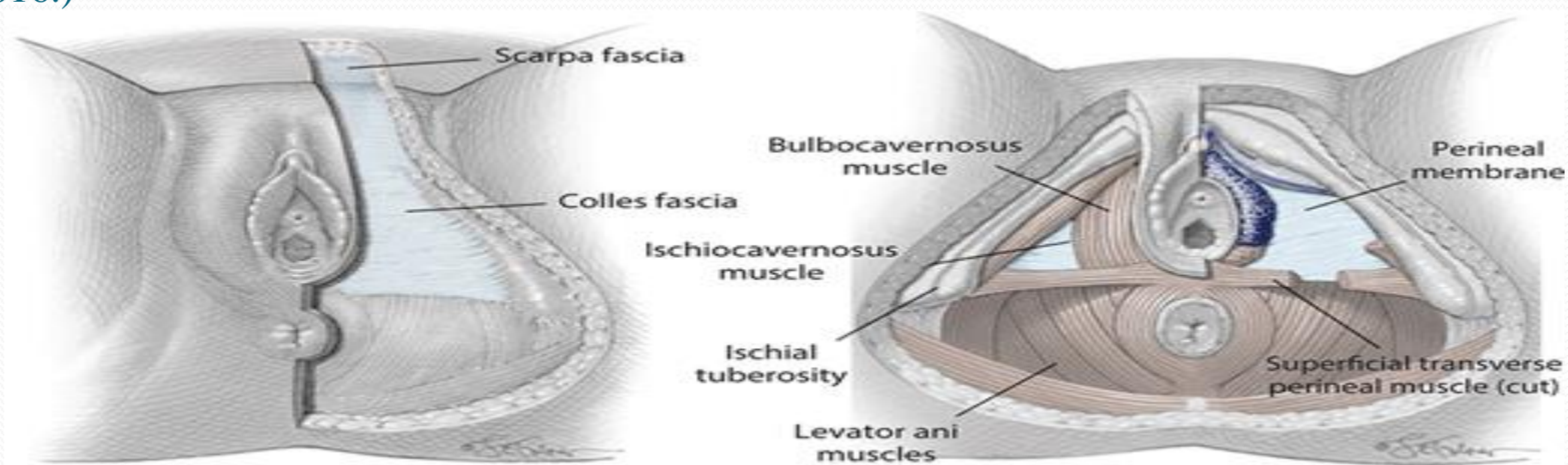
Вулварни (инфралеваторни хематоми)

Потекнуваат од крвање на гранки на *a pudenda int.* Клинички може да се манифестира веднаш или до 12-48h по породување. Колекцијата на крв е лимитирана од *m. levator ani* горе но латерално може да стигне до *fossa ishiorectalis* и да достигне волумен од 500мл или повеќе.

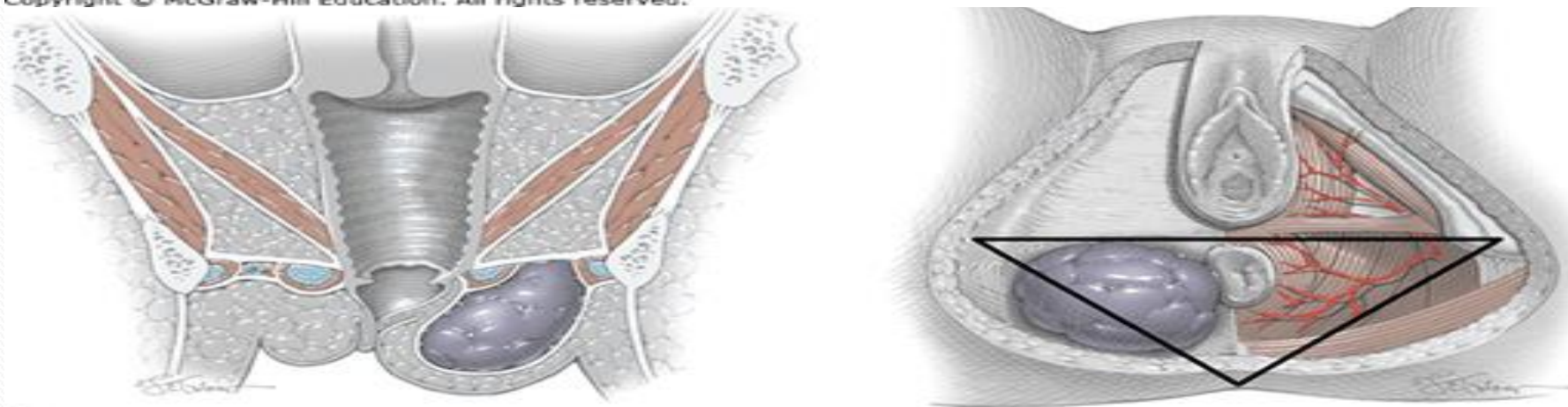
**Williams Gynecology*, 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2016.



Анатомски фактори за лимитирање на екстензија на вулварен хематом во преден и заден триаголник. (Hoffman BL et al: *Williams Gynecology*, 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2016.)



Source: Jennifer R. Butler, Laura E. Fitzmaurice, Alpesh N. Amin, Christine M. Kim: *OB/GYN Hospital Medicine: Principles and Practice* Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



Source: Jennifer R. Butler, Laura E. Fitzmaurice, Alpesh N. Amin, Christine M. Kim: *OB/GYN Hospital Medicine: Principles and Practice* Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Вагинални(супралевавторни) хематоми

Настануваат од длабоки вагинални лацерации.

Колекцијата на крв се собира паравагинално над леваторот.

Може да не се гледа надворешно, може да не предизвика болка додека значајно не порасне.

Предизвикува анемија и хиповолемија.

Се менаџира како вулварен хематом.

Паравагиналните хематоми потекнуваат од крвавење од ramus descendens на a.uterina.

Ретроперитонеален хематом

- Етиологија: вагинални, цервикални или утерини расцепи кои ја инволвираат вагиналната или утерината артерија
- Настанува хиповолемија или шокова состојба заради внатрешно крвавење.
- Хематомот е најчесто лоциран на едната страна на утерусот и се зголемува за неколку часа а може да достигне до долен пол на бубрег.

• Менаџментот вклучува

итна лапаротомија,

инцизија на преден лист на *lig latum uteri*,

евакуација на коагулумите, обезбедување на хемостаза,

хистеректомија и

во ретки случаи лигација на *a. iliaca interna*.

НЕПОСРЕДНИ КОМПЛИКАЦИИ ПО ПЕРИНЕАЛНИ ПОВРЕДИ

- **Крвавење од местото на сатура**

ако е мало компресија може да е доволна а ако е значајно со или без формирање на хематом неодложна е ревизија на меките родилни патишта со ресатура.

- **Инфекција**

може да го комплицира зараснувањето; локализирана бара тоалета на раната; апсцес може да резултира со дехисценција на сатурата или потреба од дренажа.

- **Ретиниран завоен материјал (гази)**

може тешко да се идентификуваат бидејќи се натопени со крв а може да предизвикаат треска, болка, инфекција, психолошки последици.

За нивно избегнување се користат принцип на броење на завоен материјал и игли пред и по интервенцијата и заведување во медицинската документација.

- Lewicky-Gaupp C et al. Wound complications after obstetric anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol* 2015;125:1088–93.

Компликации во првите 6 недели пост партум или подоцна

- дехисценција,
 - инфекција,
 - перинеална болка,
 - диспареунија,
 - анална инконтиненција (флатусна, фекална, коитална)
 - анална ургенција,
 - ретенција на урина (перинеален дискомфорт, уретрален и перинеален едем),
 - ректовагинални фистули (од неидентификувани, нерепарирани или лошо зараснати лацерации),
 - ризик за рекуренца (4-8%) на сфинктерни повреди при следно породување
-
- Ching-Chung L et al. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002;42:365–8.

Постпартална нега

- **контрола на болка**

(локална апликација на мраз, NSAID, опијатни
аналгетици но никако ректална администрација);

- **избегнување на констипација**

(да се спречи потенцијална дизрупција на репарацијата
од тврда столица со храна богата со целулоза,
омекнувачи на столица, лаксативи 10 дена);

- **евалуација на уринарна ретенција** (диуреза,
иницијација на мокрење, дисконфорт, ретенција);

- **follow up по испис** од болница за да се намали
стапката на ре-хоспитализации;

- **вежби за карлично дно.**

Акушерска лацерација на мочен меур

- Релативно ретки но важни компликации бидејќи водат до пролонгирано оперативно време, уроинфекции, пролонгирана катетеризација, везикоутерини или везиковагинални фистули.
- **Етиологија:**
 - во минатото пролонгирани и занемарени раѓања (перзистентен притисок од фетална глава на пубични коски води до некроза на бешика);
 - тешко породување со форцепс;
 - директна лацерација за време на царски рез.
- **Инциденца:**
 - 0.3% од породувања со царски рез и
 - 1% од гинеколошки хируршки процедури.

Ризик фактори за повреди на бешика поврзани со царски рез:

- Повторуван царски рез;
- Итен царски рез;
- Царски рез после протрахирано второ родилно време;
- Претходна пелвична хирургија;
- Обезитет;
- Миоматозен утерус;
- Ендометриоза;
- Placenta accreta.

Инциденца 0.2% од примарен царски рез и 0.6% кај повторуван царски рез

Типови на повреда на бешика:

- Термални со електрокаутеризација;
- Лацерација;
- Шав пласиран низ зидот на бешиката;
- Десерозиран зид.

Хируршки предизвици кај повторуван царски рез:

- 1) бешиката е тесно атхерирана за долниот утерин сегмент
- 2) зараснала во позиција многу повисоко и го блокира пристапот до долниот утерин сегмент.

Кај итен царски рез (абрупција, фетална брадикардија) визуелизација и дисекција на секое хируршко поле е субоптимална.

*Dona Gilmour. Urinary tract injury in gynecologic surgery-epidemiology and prevention. 2020 Up to date

Репарација на цистотомија

Повредите најчесто настануваат на фундус

- Се идентификува степенот на лацерацијата
- Се исклучува инволвирање на тригонумот
- Сутура во два слоја користејќи абсорбирачки сутурен материјал
- Првиот слој со продолжен 3-0 абсорбирачки шав и вториот слој со 2-0 or 3-0 шав.
- За сигурност на интегритетот на репарацијата интраоперативно се прави проба со метиленско сино.
- Foley катетер останува 7 дена.

Постоперативни симптоми кои може да укажат на недетектирана повреда : олигурија, хематурија, воденест вагинален исцедок, треска, абдоминална дистензија.

*RobertL.Barbieri,MD.how-repair-bladder-injury-time-cesarean-delivery.

OBG Manag. 2011 December;23(12):6-9

Совети за редуција на ризикот од повреди на бешика интраоперативно:

- Отварање на перитонеална шуплина на најгорниот сегмент на абдоминалната инцизија;
- Користење на остра наместо тапа дисекција за сепарација на атхерираната бешика од утерусот;
- При крупен плод и пролонгирано второ родилно време а поставена индикација за царски рез да се размисли за поставување на low vertical uterine incision за да се редуцира екстензија на расцепи од самата екстракција;
- Идентификација на позицијата на бешика во однос на утерус;
- Препознавање на повредата и нејзино решавање.

Информирана согласност пред каква и да е пелвична хируршка процедура дека е можна повреда на уринарен тракт.

Студијата на Phipps и соработници во седумгодишен период на 14,757 породувања со царски рез идентификувала 42 случаи на повреди на бешика или инциденца 0.28% (42/14,757).

Од нив 28 биле случаи кај повторен царски рез (инциденца 0.56%), и 14 кај примарен царски рез (инциденца 0.14%).

Должината на повредата била од 1 до 10цм со средна должина 4,2цм, 95% од повредите биле на фундус на бешика, а 5% го инволвирале тригонумот.

Тајминг на повредата бил: 33% за време на отварање на перитонеум, 43% при препарација на *plica vesicouterina*, и 24% за време на утерината инцизија или породување.

Препознавање на повредата настанало во 62% од случаевите по реперација на утерината инцизија.

- Троканален катетер се користи ако се очекува повреда на бешика
- Претходен царски рез носи 4x зголемен ризик за повреди на бешика.
- Растот на примарниот царски рез ќе води до зголемен број на повторени царски резови.
- Компликациите вклучувајќи и повреди на бешика се очекува да растат.
- Информирањето на родилките за индикации за примарен царски рез треба вклучи советување за сигнификантни потенцијални хируршки компликации при повторен царски рез.

*Surgery and patient choice: the ethics of decision making. ACOG Committee Opinion No. 289. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2003;102:1101–06.

Благодарам

Happy Easter!

