

ИНЦИДЕНЦИЈА ПОСТПАРТАЛНЕ ХИСТЕРЕКТОМИЈЕ ПОСЛЕ ЦАРСКОГ РЕЗА У ИНСТИТУТУ ЗА ГИНЕКОЛОГИЈУ И АКУШЕРСТВО КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА СРБИЈЕ У БЕОГРАДУ

Радмила СПАРИЋ, Милан ДОКИЋ, Рајка АРГИРОВИЋ, Саша КАДИЈА,
Зорица БОГДАНОВИЋ, Вера МИЛЕНКОВИЋ

Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод Постпартална хистеректомија је одстрањење материце најкасније шест недеља после вагиналног порођаја или царског реза. Изводи се најчешће из виталних индикација. Учесталост постпарталне хистеректомије је од 0,02% до 0,3% од укупног броја порођаја.

Циљ рада Циљ студије је био да се прикаже и упореди инциденција постпарталне хистеректомије после царског реза у Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду. Упоредјена су два петогодишња периода, и то: 1978-1982. године (први период) и 2000-2004. године (други период).

Метод рада Ретроспективном студијом су испитане све болеснице лечене у Институту за гинекологију и акушерство којима је урађена хистеректомија у временском интервалу до шест недеља после царског реза. Анализирани су укупан број порођаја и број постпарталних хистеректомија.

Резултати У првом периоду је било 50.467 порођаја (3.542 царска реза), а урађена је 91 хистеректомија (70 или 76,92% после царског реза). У другом периоду је било 34.035 порођаја (7.105 царских резова), а урађене су 64 хистеректомије (39 или 60,94% после царског реза). Укупна инциденција постпарталне хистеректомије била је 1,98 на 1.000 порођаја у првом и 1,88 на 1.000 порођаја у другом анализираном периоду. Инциденција постпарталне хистеректомије после царског реза смањена је са 19,76 на 1.000 порођаја у првом периоду на 5,49 на 1.000 порођаја у другом периоду.

Закључак За сваког акушера од основног значаја је да размисли хируршко завршавање порођаја, имајући у виду повећање инциденције царских резова као главног фактора ризика за пуерперални морбидитет и морталитет.

Кључне речи: постпартална хистеректомија; царски рез; порођај

УВОД

Постпартална хистеректомија је одстрањење материце најкасније шест недеља после вагиналног порођаја или царског реза, најчешће из виталних индикација. Први лекар који је после царског реза извршио суптоталну хистеректомију био је амерички акушер Хорације Сторер (*Horatio Storer*, 1830-1922), мада се увођење постпарталне хистеректомије у акушерску праксу приписује италијанском акушеру Едуарду Порро (*Eduardo Porro*, 1842-1902) [1-3]. Постпартална хистеректомија се јавља као компликација у 0,02-0,3% свих порођаја [3-5].

ЦИЉ РАДА

Циљ ове студије је био да се прикаже и упореди инциденција постпарталних хистеректомија после царског реза у Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду током два петогодишња периода, и то: 1978-1982. године (први период) и 2000-2004. године (други период).

МЕТОД РАДА

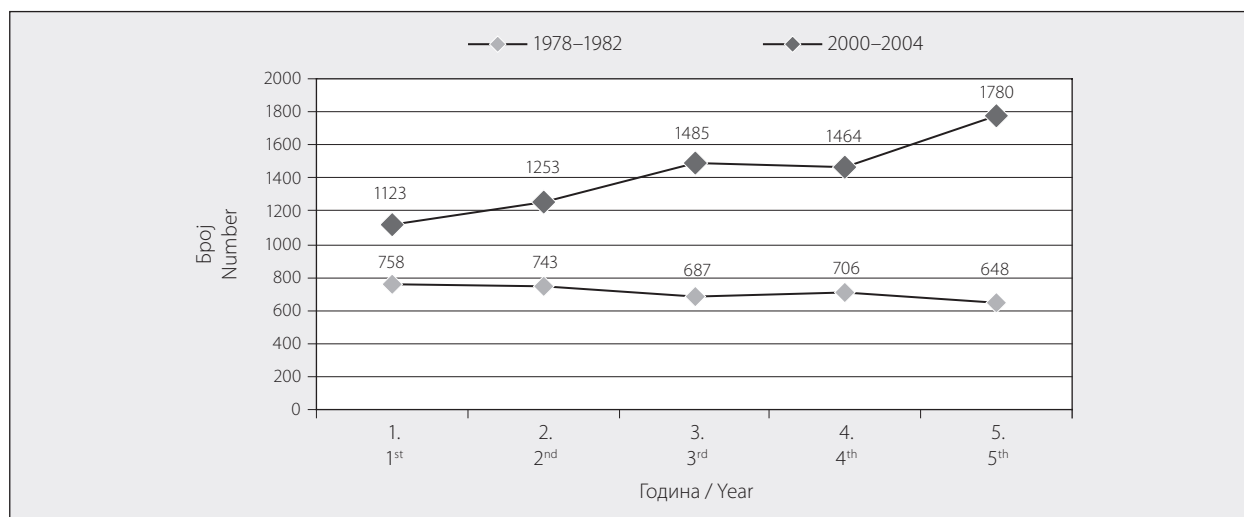
Ретроспективном студијом су обухваћене све болеснице којима је било неопходно урадити хистеректомију у временском интервалу до шест недеља после царског реза. Анализиран је укупан број порођаја

у Институту, укупан број постпарталних хистеректомија и број постпарталних хистеректомија после царског реза.

РЕЗУЛТАТИ

У првом периоду било је 50.467 порођаја, и то: 46.925 вагиналних и 3.542 царска реза. У другом периоду било је 34.035 порођаја, и то: 26.930 вагиналних и 7.105 царских резова. Испитивање броја царских резова током сваке од испитиваних година у оба петогодишња (Графикон 1) указује на смањење њиховог броја у првом периоду, као и константно повећавање у другом. Царских резова је у периоду 1978-1982. године било 7,02% од укупног броја порођаја, а у периоду 2000-2004. године 20,88%. Такође, у првом периоду у Институту је урађена 91 постпартална хистеректомија, од чега 70 после царског реза (76,92%), док су у другом периоду урађене 64 постпарталне хистеректомије, од чега 39 после царског реза (60,94%).

Укупна инциденција постпарталне хистеректомије у првом периоду била је 1,98 на 1.000 порођаја, а у другом 1,88 на 1.000 порођаја, док је инциденција постпарталне хистеректомије после царског реза смањена са 19,76 на 1.000 порођаја у првом периоду на 5,49 на 1.000 порођаја у другом. Од 2000. до 2004. године у Институту је оперисано 13 болесница порођених царским резом у другим здравственим установама, што представља једну трећину од укупног броја постпарталних хистеректомија.



ГРАФИКОН 1. Број царских резова у периодима 1978-1982. и 2000-2004. године.
 GRAPH 1. Number of cesarean sections in period 1978-1982 and 2000-2004.

ДИСКУСИЈА

Наши резултати показују да је укупна инциденција постпарталних хистеректомија у Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије током два посматрана периода приближно иста. Ова стопа је знатно виша у односу на податке из литературе [3-9]. Један од могућих узрока овога је и чињеница да је већина осталих студија изведена у установама регионалног типа, док је наше истраживање урађено у терцијарној едукативној здравственој установи, у којој се збрињавају најтеже компликације порођаја и пуерперијума у земљи. Увођење савремених доктринарних ставова у нашој установи није могло значајније утицати на смањење стопе компликација царског реза у већини установа у земљи из којих се болеснице упућују код нас. У неким од наведених студија анализом су обухваћене само болеснице код којих је хистеректомија урађена током прва 24 часа од порођаја, док су нашим истраживањем обухваћене све болеснице оперисане током периода пуерперијума, што неминовно доводи до налаза већег броја оперисаних жена [4, 7]. Додатни фактор којим би се могла објаснити виша инциденција ове операције у нашој установи јесте и чињеница да је велики број болесница оперисан код нас порођен ван наше установе (33,33% у другом петогодишту) и упућен у њу у тешком општем стању, при чему није било могућности да се покуша са конзервативним лечењем, које препоручују поједини аутори [10-13]. Још један узрок овакве разлике у инциденцијама могао би бити у укупној стопи порођаја хируршким путем, која је, према подацима из наведених студија, до 16,3%, а у нашој средини 20,88% током последњих пет година [4, 6, 14].

Као што је то показало и ово истраживање, током последњих година дошло је до значајног повећања броја царских резова код нас, чиме би се донекле могло објаснити одржавање инциденције постпарталних хистеректомија на непромењеном нивоу. Сматрамо да би подробна анализа демографских података могла указати на друге значајне факторе који повећавају броја царских резова, као што су рађање у по-

знијим годинама и последично виша стопа трудноћа компликованих основном или трудноћом изазваном болешћу труднице. Повећана инциденција инфертилитета и примена техника асистираних репродукције у нашој средини последњих година такође би могли бити фактори који узрокују вишу инциденцију вишефетусних трудноћа и царских резова, а тиме и непромењену инциденцију перипарталних хистеректомија у односу на период 1978-1982. године.

С обзиром на то да је начин порођаја, према мишљењу већине аутора, најзначајнији фактор ризика за ову постпарталну компликацију, виша стопа хистеректомије у нашим условима могла би се објаснити и већом инциденцијом царских резова код нас. Унапређење хируршке технике и преоперационе припреме је несумњиво довело до смањења инциденције постпарталних хистеректомија после царског реза (19,76 у првом периоду према 5,59 у другом на 1.000 царских резова). Овоме су допринели и развој потентних антимикробних агенаса, квалитетнији шавни материјал и употреба нетрауматских игала. Ипак, у контексту тренда повећања броја порођаја царским резом, а самим тим и поновним царским резом, могло би се очекивати повећање инциденције плаценте превије, односно акрете, као и руптуре утеруса на претходном оперативном ожиљку, које, према подацима из литературе, представљају најчешће индикације за хитну постпарталну хистеректомију [4, 6-8].

Из свега наведеног се може закључити да значајан фактор за смањење инциденције постпарталних хистеректомија представља смањење инциденције царских резова, јер и наши, као и подаци других аутора, указују на то да порођај царским резом повећава ризик за хистеректомију током пуерперијума, према појединим ауторима чак и до 13 пута [1, 6, 14].

ЗАКЉУЧАК

У светлу све веће инциденције царских резова као главног фактора ризика за настанак пуерпералног морбидитета и морталитета, критичност у поставља-

њу индикација за порођај царским резом постаје императив за сваког акушера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kadija S. Histerektomija u carskom rezu i vaginalnom porođaju – perinatalni ishod. Beograd: Univerzitet u Beogradu; 1994.
2. Sturdee DW, Rushton DI. Cesarean and postpartum hysterectomy. In: Studd J, editor. Progress in obstetrics and gynecology. Vol. 6. London: Churchill Livingstone; 1987. p.195-210.
3. Chanrachakul B, Chaturachinda K, Phuapradit W, Rounsipragarn R. Cesarean and postpartum hysterectomy. Int J Gynecol Obstet 1996; 54:109-13.
4. Lau WC, Fung HYM, Rogers MS. Ten years experience of cesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 74:133-7.
5. Saxena SV, Bagga R, Jain V, Goplan S. Emergency postpartum hysterectomy. Int J Gynecol Obstet 2004; 85:172-3.
6. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency postpartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. Am J Obstet Gyn 2004; 190:1440-4.
7. Engelsens IB, Albrechtsen S, Iversen OE. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:409-12.
8. Kastner E, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol 2002; 99:971-5.
9. Castaneda S, Karrison T, Cibilis LA. Peripartum hysterectomy. J Perinat Med 2000; 28:472-81.
10. Lazarus JV, Lalonde A. Reducing postpartum haemorrhage in Africa. Int J Gynecol Obstet 2005; 88:89-90.
11. Pal M, Biswas AK, Bhattacharza SM. B-Lynch brace suturing in primary post-partum haemorrhage during cesarean section. J Obstet Res 2003; 29:317-20.
12. Kafali H, Demir N, Soylemez F, Yurtseven S. Hemostatic cervical suturing technique for management of uncontrollable postpartum haemorrhage originating from the cervical canal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 110:35-8.
13. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 2000; 14:1-18.
14. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case control study. Obstet Gynecol 2003; 102:141-5.

INCIDENCE OF POSTPARTUM POST-CESAREAN HYSTERECTOMY AT THE INSTITUTE OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, CLINICAL CENTER OF SERBIA, BELGRADE

Radmila SPARIĆ, Milan DOKIĆ, Rajka ARGIROVIĆ, Saša KADIJA, Zorica BOGDANOVIĆ, Vera MILENKOVIĆ
Institute of Gynecology and Obstetrics, Clinical Center of Serbia, Belgrade

Introduction Postpartum hysterectomy means hysterectomy at least 6 weeks after delivery or cesarean section. It is usually performed in life-threatening situations. Incidence of postpartum hysterectomy varies from 0.02% to 0.3% of total number of deliveries.

Objective The aim of this study was to show and compare the incidence of postpartum hysterectomy after the cesarean section at the Institute of Gynecology and Obstetrics, Clinical Center of Serbia. We compared two five-year periods: the first period 1987-1982 and the second 2000-2004.

Method The retrospective study analyzed all patients treated at the Institute of Gynecology and Obstetrics who had had hysterectomy until six weeks after vaginal delivery or cesarean section. We analyzed the number of deliveries and the number of postpartum hysterectomies.

Results There were 50,467 deliveries (3,542 cesarean sections) and 91 postpartum hysterectomies (70 or 76.92% after cesarean section) in the first period. In the second period, there were 34,035 deliveries (7,105 cesarean sections) and 64 hysterectomies (39 or 60.94 % after cesarean section). The overall inci-

dence of postpartum hysterectomy was 1.98/1,000 in the first and 1.88/1,000 deliveries in the second period. The incidence of post-cesarean hysterectomy decreased from 19.76/1,000 in the first period to 5.49/1,000 in the second period.

Conclusion It is crucial for each obstetrician to cautiously distinguish and reach an appropriate decision about the exact indications for cesarean delivery having in mind growing incidence of cesarean sections, which is the main risk factor for puerperal morbidity and mortality.

Key words: postpartal hysterectomy; cesarean section; delivery

Radmila SPARIĆ
Institut za ginekologiju i akušerstvo
Klinički centar Srbije
Višegradska 26, 11000 Beograd
Tel.: 011 361 5592
Faks: 011 361 5603
E-mail: radmila@rcub.bg.ac.yu

* Рукопис је достављен Уредништву 8. 12. 2005. године.