Episiotomia, czyli nacięcie krocza, często wykonywane jest rutynowo. Co druga rodząca ma nacinane krocze, w tym prawie każda kobieta rodząca po raz pierwszy. Zdarzają się sytuacje, w których nacięcie krocza jest niezbędne. Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia dotyczy to 5–20% porodów. Nacięcie krocza w II okresie porodu pozostaje nadal najczęściej wykonywanym zabiegiem położniczym, a częstość jego wykonywania waha się od kilku do niemal 100% porodów drogami natury. Stosuje się je w celu:

- profilaktyki pęknięcia krocza
- profilaktyki zaburzeń statyki narządu rodnego w przyszłości
- w sytuacjach zagrażających dziecku
- zmniejszenia ryzyka nietrzymania moczu i stolca
- skrócenia czasu porodu

Typy kierunku nacięcia krocza

- **Pośrodkowo-bocznym** – preferowane w Polsce
- **Pośrodkowym** – preferowane w krajach anglosaskich
- **Bocznym** – w określonych sytuacjach, np. kleszcze, poród z położenia pośladkowego

Rutynowe nacięcie krocza osłabia mięśnie dna miednicy. Coraz powszechniej rekomenduje się odstąpienie od rutynowego nacinania krocza i ochronę krocza. Na elastyczność krocza ma wpływ praca z kroczem i mięśniami dna miednicy jeszcze w trakcie ciąży.

Zalecane są:

- masaże krocza (perineal massage, zalecane od około 34. tygodnia ciąży; mogą zmniejszyć ryzyko urazu krocza)
- okłady (np. ciepłe okłady na krocze)
- ćwiczenia mięśni dna miednicy (ćwiczenia mięśni Kegla – poprawiają napięcie i kontrolę mięśniowe)
- ćwiczenia oddechowe

Ochrona krocza w II okresie porodu

W II okresie porodu można wyróżnić dwie fazy:

1. faza bierna, w której dochodzi do osłabienia skurczy i adaptacji główki dziecka do kanału rodnego oraz transformacji mięśni dna miednicy;
2. faza aktywna.

Pierwsza faza jest kluczowa w ochronie krocza — transformacja mięśni dna miednicy. Dlatego tak ważne jest nieprzyśpieszanie porodu w sytuacji, gdzie nie ma zagrożenia dla dziecka, oraz umożliwienie adaptacji mięśni dna miednicy. Tkanki mają możliwość zaadaptowania się, gdy dziecko rodzi się powoli. Dobre umiejętności i doświadczenie położnej są niezmiernie ważne. Podczas porodu położna może spowodować, że główka będzie wyżynać się wolno, stosując chwyt jedną ręką ochraniając krocze, a drugą hamując wyżynanie główki.

Gdy dziecko będzie nisko w kanale, skurcze zmienią swój charakter w tzw. parcie. Dla ochrony krocza ważna jest pozycja w czasie parcia. Zalecana jest pozycja wertykalna lub inna niż leżąca. Parcie powinno mieć charakter odruchowy, spontaniczny — w taki sposób, jak czuje kobieta, nie siłowe lub powstrzymywanie się przed parciem. Takie postępowanie sprzyja ochronie krocza. Pomocne są również okłady ciepłe na krocze oraz stosowanie środków nawilżająco-poślizgowych. W przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego, porodu zabiegowego lub szybkiego ukończenia porodu zwiększa się ryzyko uszkodzeń mięśni dna miednicy.

Zalecenia i wyniki badań

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia rekomendują ograniczenie stosowania tego zabiegu, ponieważ udowodniono szkodliwość jego rutynowego stosowania.

Badania prowadzone na temat ochrony krocza podczas porodu:

- Obawy, że bez nacięcia może dojść do niekontrolowanego rozdarcia tkanek krocza i trudności w jego odtworzeniu, nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań. Niedawno opublikowana metaanaliza wykazała, że ograniczenie rutynowego nacięcia krocza zmniejsza o 33% ryzyko jego poważnego urazu i o 31% ryzyko powikłań gojenia rany. Nie stwierdza się zmniejszenia ryzyka pęknięcia zwieracza odbytu w grupie kobiet, u których rutynowo stosowano nacięcie krocza.
- Rutynowe nacięcie krocza nie zmniejsza dolegliwości bólowych po porodzie ani częstości występowania dyspareunii. W jednym z badań obejmujących bardzo dużą populację kobiet wykazano, że dolegliwości bólowe krocza występują częściej, gdy stosuje się liberalne podejście do jego nacięcia w czasie porodu.
- Rutynowe nacięcie krocza nie zapobiega nietrzymaniu moczu w okresie do 3 lat po porodzie. Badanie elektromiograficzne wykonane 3 miesiące po porodzie wykazało

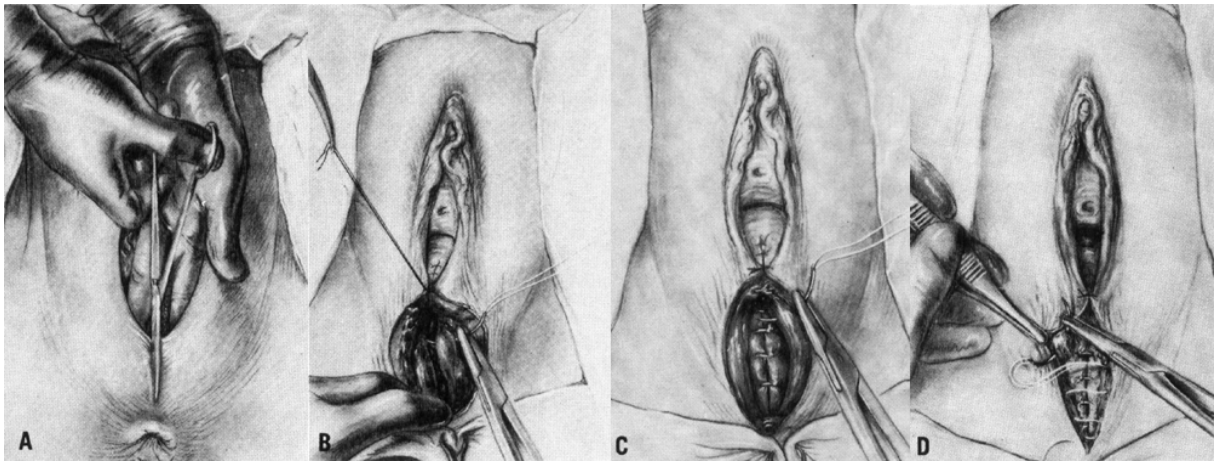
osłabienie siły mięśni dna miednicy u pacjentek po porodzie pochwowym z nacięciem krocza w porównaniu z pacjentkami, u których krocza nie nacinano.

Coraz powszechniej rekomenduje się odstąpienie od rutynowego nacinania krocza, czego rezultatem powinno być ograniczenie częstości wykonywania tej procedury do mniej niż 25%.

Przy porodzie drogami i siłami natury przebiegającym bez interwencji medycznych oraz bez udziału znieczulenia farmakologicznego, przy dobrej współpracy z położną, duża część kobiet może urodzić dziecko bez znacznych uszkodzeń kanału rodnego i bez potrzeby nacinania krocza. W takich sytuacjach powstają łatwo gojące się pęknięcia, najczęściej I stopnia, które obejmują fragmenty skóry i śluzówki i są zaliczane do tzw. fizjologicznego pęknięcia.

Wskazania do nacięcia krocza

- zagrożenie dziecka, np. spadek tętna płodu
- zbyt duże dziecko
- kolizja, dysocjacja barkowa, nieprawidłowe ułożenie głowy
- zastosowanie kleszczy lub próżnociągu w sytuacji, gdy następuje spowolnienie lub zatrzymanie akcji porodowej, wskutek czego kobieta nie może ukończyć porodu naturalnie, a dziecko jest zbyt nisko, aby można było wykonać cesarskie cięcie
- w przypadku występowania zagrożenia dla dziecka lub niewłaściwego ułożenia celem nacięcia jest ochrona krocza przed nadmiernym rozciąganiem i pęknięciem w czasie ekspulsji płodu lub operacji położniczej oraz ochrona główki płodu przed urazem ze strony tkanek dna miednicy



Literatura

Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009.

Fundacja Rodzić po Ludzku