

# PORÓWNANIE URAZÓW KROCZA ZE WZGLĘDU NA STOPIEŃ REFERENCYJNOŚCI SZPITALA

## COMPARISON OF PERINEAL TEARS DEPENDING ON HOSPITAL REFERRAL LEVEL

Grażyna Gebuza<sup>1</sup>, Marzena Kaźmierczak<sup>1</sup>, Estera Mieczkowska<sup>1</sup>, Małgorzata Gierszewska<sup>1</sup>, Mariola Banaszkiwicz<sup>2</sup>, Karolina Barczak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Katedra Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup> Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>3</sup> studentka kierunku: położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.26>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nacięcie krocza podczas porodu wykonywane jest coraz rzadziej ze względu na brak dowodów naukowych na skuteczność stosowania tego zabiegu. Ograniczenie nacięcia krocza spowodowało wzrost odsetka samoistnych pęknięć krocza.

**Cel pracy.** Porównanie urazów krocza w okresie 8 lat w dwóch ośrodkach referencyjnych I i III stopnia.

**Materiał i metody.** Analizowano urazy krocza u kobiet rodzących drogą pochwową: u 340 kobiet w szpitalu o I stopniu referencyjności oraz u 1766 kobiet w szpitalu o III stopniu referencyjności. Analizowano dane z lat 2005 i 2013.

**Wyniki.** Nacięcia krocza wykonano w szpitalu o I stopniu referencyjności w 2005 r. u 38% (143/374) kobiet, a w 2013 r. u 44% (128/290). W szpitalu o III stopniu referencyjności wykonano w 2005 r. 66% (909/1366) nacięć krocza, a w 2013 r. 39% (432/1089). W 2005 r. w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza był istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (12,92 vs 21,92%). Natomiast w 2013 r. w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza był istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (41,98 vs 19,11%). Pęknięcia krocza III i IV stopnia stwierdzono częściej podczas porodów instrumentalnych z użyciem kleszczy oraz w sytuacji wykonanego nacięcia krocza.

**Wnioski.** Odsetek nacięć krocza jest znacząco wyższy niż zalecany przez WHO. Liczba wszystkich urazów krocza jest niepokojąco wysoka. Tendencje obniżające liczbę nacięć krocza oraz wzrost pęknięć krocza zaobserwowano tylko w szpitalu o III stopniu referencyjności. Zaleca się opracowanie wytycznych klinicznych w celu obniżenia odsetka nacięć krocza.

**Słowa kluczowe:** nacięcie krocza, pęknięcie krocza, poród, kleszcze.

### ABSTRACT

**Introduction.** The frequency of performing episiotomy during delivery is decreasing due to lack of scientific justification for its use. Decreasing number of episiotomies has resulted in an increased percentage of spontaneous perineal tears.

**Aim of the study.** Comparison of perineal tears in the period of eight years in two referral hospitals: primary and tertiary.

**Material and methods.** The study analysed perineal tears in women after vaginal delivery. The study included 340 women from a primary referral hospital and 1766 women from a tertiary referral hospital admitted in 2005 and 2013.

**Results.** In the primary referral hospital, episiotomy was performed in 2005 in 38% (143/374) women, and in 2013 in 44% (128/290). In the tertiary referral hospital, episiotomy was performed in 2005 in 66% (909/1366) women, and in 2013 in 39% (432/1089). In 2005, the percentage of perineal tears was significantly lower in the tertiary than in the primary referral hospital (12.92 vs 21.92%). In 2013, the percentage of perineal tears was significantly higher in the tertiary than in the primary referral hospital (41.98 vs 19.11%). Third and fourth degree perineal tears occurred more often during instrumental deliveries using forceps and when episiotomy was performed.

**Conclusions.** Percentage of episiotomies is significantly higher than recommended by WHO. The number of all perineal tears is alarmingly high. The tendency to reduce the number of episiotomies and increasing number of perineal tears was found only in the tertiary referral hospital. It is recommended that clinical guidelines be developed in order to reduce the number of episiotomies.

**Keywords:** episiotomy, perineal tear, childbirth, forceps.

### Wstęp

Urazy krocza i wykonywanie nacięć krocza podczas porodu są wskaźnikami jakości opieki położniczej [1, 2, 3]. Nacięcie krocza skutkuje poważnymi problemami poporodowymi, pierwotnie miało chronić krocze przed obrażeniami, a okazało się, że jest przyczyną poważnych urazów krocza

[4]. Ponadto pęknięcia trzeciego i czwartego stopnia predysponują do długotrwałych dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego takich jak nietrzymanie moczu, gazów, stolca, ból krocza, dyspareunia, zaburzenia statyki narządów rodnych, obniżają jakość życia. [5, 6, 7, 8]. Urazy krocza takie jak pęknięcia krocza trzeciego i czwartego

stopnia, są znaczącym okaleczeniem, które może determinować nawracające urazy w kolejnych porodach [3, 7, 8].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca aby odsetek nacięć krocza wynosił nie więcej jak 10% [9]. Kiedy w latach 70 ubiegłego stulecia podano w wątpliwość zalety wykonywania procedury, po licznych publikacjach naukowych na całym świecie, zaobserwowano znaczne ograniczenie wykonywania nacięcia krocza. Jednakże w niektórych krajach procedura jest nadal powszechnie stosowana, pomimo zaleceń WHO i dowodów naukowych na brak skuteczności [8].

Obecnie większość krajów Europy zachodniej zaleca nacięcie krocza wyłącznie w sytuacji wskazań położniczych [10], ogranicza się wykonanie procedury kładąc nacisk na zalecane podejście selektywne [11, 12]. Ostatnie badania wykazały, że selektywne nacięcie krocza w sytuacji porodu instrumentalnego może skutkować obniżeniem odsetka poważnych urazów trzeciego i czwartego stopnia. Innym ustaleniem przeglądu było brak jasnych dowodów na skuteczność selektywnego nacięcia krocza w perspektywie krótko- lub długoterminowej [13].

W krajach azjatyckich, takich jak Iran, zabieg nacięcia krocza wykonuje się u około 88% kobiet [14], szczególnie często u pierworódek 97% [15]. W Jemenie wskaźnik nacięć krocza stwierdzono dziewięciokrotnie wyższy niż zalecany przez WHO, aż u 75% pierworódek wykonywano procedurę [16]. Dane europejskie są dość zróżnicowane. W opracowaniu dotyczącym urazów okołoporodowych od 2004 do 2010 roku w 20 krajach Europy, stwierdzono, że odsetek nacięć krocza wyższy niż w Polsce (67%), odnotowano tylko w Rumunii (68%), Portugalii (72%) i Cyprze (75%). Natomiast najniższe wskaźniki nacięć krocza odnotowano w Dani (4.9%) i Szwecji (6.6%) [8]. We innym badaniu we Francji 18% [17]. W opracowaniu Blonde la odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia podczas porodów drogami natury wahał się od 0,1% w Rumunii i Polsce, do 4,9% w Islandii [8].

Analizy opublikowane przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2004 roku wskazują, że nacięcie krocza wykonano u 57,5% kobiet, w grupie pierworódek było 79%, wieloródek 36% i aż 82% oddziałów przekroczyło optymalną granicę ustaloną przez WHO. Ponadto odnotowano, że w kilku szpitalach procedurę wykonano u 100% kobiet bez względu na to, który był poród [18]. Obecnie według Raportu Najwyższej Izby kontroli z 2016 roku w Polsce średnio 57% kobiet rodzących drogami rodnymi miało wykonaną procedurę. Odsetek nacięć krocza był niejednorodny

w całej Polsce. W Raporcie wskazano szpitale o pierwszym stopniu referencyjności, w których odsetek nacięć krocza wynosił 20%, ale były też szpitale z 86%. W szpitalach o najwyższym, trzecim stopniu referencyjności odsetek mieścił się w przedziale 26–78% [19].

Nacięcie krocza jest zabiegiem kontrowersyjnym, szczególnie dlatego, że dyskusja na ten temat wyszła poza ramy debaty naukowej. Wykonanie procedury przyjęto za wskaźnik „humanizacji porodu” [20]. Aktualnie nacięcie krocza rozpatrywane jest także w aspekcie „przemocy położniczej” [21]. Badacze zastanawiają się czy w ogóle zasadne jest wykonywanie tej procedury [11].

Celem badania było określenie częstości wykonywaniu nacięcia krocza w dwóch okresach czasowych w roku 2005 i 2013 w szpitalach o różnym stopniu referencyjnym. Drugim celem było określenie częstości występowania wszystkich urazów krocza oraz wskazanie czynników ryzyka.

## Materiał i metody

Badanie obejmuje 2106 kobiet rodzących drogą pochwową, u których wystąpiły urazy krocza podczas porodów drogami rodnymi. Kobiety z urazami podzielono na dwie grupy: ze względu na referencyjność szpitali i rok analizy. W szpitalu o I stopniu referencyjnym Filii Szpitala Powiatu Mogilno im. Tadeusza Chałubińskiego w Strzelnie, w 2005 odbyło się – 191(51%) porodów bez urazów, w 2013 było – 133 (45,8%). W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 143(38.23%), a roku 2013 u 128(44.13%) kobiet. W Szpitalu Klinicznym im J. Bizuela w Bydgoszczy, o III stopniu referencyjności w 2005 odbyło się – 329 (24%) porodów bez urazów, a w 2013 – 360 (33%). W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 909(66.54%), a roku 2013 wykonano nacięcie krocza u 432(39.77%). Porodów zabiegowych z użyciem kleszczy było 6. W pracy analizowano nacięcia i pęknięcia krocza o zmienne: rodność, poród instrumentalny z użyciem kleszczy. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej (KB 783/2014). Analizy wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Nacięcie krocza, pęknięcie krocza w zależności od roku analizowano testem zależności  $\chi^2$  (the Chi-square test).

## Wyniki

Zgodnie z założeniami pracy dokonano analizy statystycznej badanej grupy.

W tabeli 1 przedstawiono rozkład urazów krocza w szpitalach ze względu na analizowany rok i stopień referencyjności szpitala.

**Tabela 1.** Rozkład urazów krocza ze względu na referencyjność szpitala

Rok	Urazy krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Brak urazów	191	51.06	329	24.08
	Uraz	40	10.69	128	9.39
	Nacięcie	143	38.23	909	66.54
Ogółem		374	100.0	1366	100.0
2013	Brak urazów	133	45.86	360	33.05
	Uraz	29	10.00	297	27.27
	Nacięcie	128	44.13	432	39.66
Ogółem		290	100.0	1089	100.0

W kolejnych tabelach analizowano wyłącznie urazy krocza (nacięcia i pęknięcia) w poszczególnych szpitalach.

**Tabela 2.** Porównanie nacięć krocza ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Nacięcie	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	40	21,86	128	12,34
	Tak	143	78,14	909	87,66
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	11,859			
	df	1			
	p	0,0006			
2013	Nie	29	18,47	297	40,74
	Tak	128	81,53	432	59,26
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	27,55			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 2 analizowano nacięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie nacięć krocza różni się istotnie ( $p < 0,01$ ) między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (87,66 vs 78,14%). Natomiast w roku 2013 w szpitalu I stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (81,53 vs 59,26%).

W tabeli 3 analizowano pęknięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie pęknięć krocza różni się istotnie ( $p < 0,01$ ) między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (12,92 vs 21,92%). Natomiast w roku 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (41,98 vs 19,11%).

**Tabela 3.** Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Pęknięcie	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	143	78,14	903	87,08
	Tak	40	21,86	134	12,92
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	10,16			
	df	1			
	p	0,0014			
2013	Nie	127	80,89	423	58,02
	Tak	30	19,11	306	41,98
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	28,69			
	df	1			
	p	<0,0001			

**Tabela 4.** Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013)

Rok	Stopień pęknięcia krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	1	39	97,5	108	87,80
	2	1	2,5	11	8,94
	3	0	0	4	3,25
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	3,31			
	df	2			
	p	0,19			
2013	1	26	89,65	227	90,8
	2	1	3,44	17	6,8
	3	2	6,89	3	1,2
	4	0	0	3	1,2
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	5,50			
	df	3			
	p	0,13			

W tabeli 4 przedstawiono stopnie pęknięć krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że nie występowały różnice w stopniach pęknięć krocza między szpitalami w każdym analizowanym roku.

W tabeli 5 analizowano nacięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności w grupie pierworódek i wieloródek. Okazało się, że występowanie nacięć krocza różni się istotnie w grupach między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 96 vs 86%; wieloródki 73 vs 56%). Natomiast w 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 75 vs 91%; wieloródki 40 vs 57%).

**Tabela 5.** Porównanie nacięć krocza ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013) i w zależności od rodności (pierworódki i wieloródki)

Rok	Nacięcie krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
Pierworódki					
2005	Nie	18	13,53	19	3,01
	Tak	115	86,47	612	96,99
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	26,39			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	9	8,18	97	24,68
	Tak	101	91,82	296	75,32
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	14,07			
	df	1			
	p	0,0002			
Wieloródki					
2005	Nie	22	44,00	109	26,85
	Tak	28	56,00	297	73,15
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	6,40			
	df	1			
	p	0,0114			
2013	Nie	20	42,55	199	59,40
	Tak	27	57,45	136	40,60
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	4,78			
	df	1			
	p	0,0287			

W tabeli 6 analizowano pęknięcia krocza w grupie kobiet z urazami, w szpitalach ze względu na stopień referencyjności w grupie pierworódek i wieloródek. Okazało się, że występowanie pęknięć krocza różni się istotnie w grupach między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie niższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 3 vs 13%; wieloródki 27 vs 44%). Natomiast w 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek pęknięć krocza u pierworódek i wieloródek jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (pierworódki 26 vs 8%; wieloródki 59 vs 44%).

**Tabela 7.** Porównanie liczby urazów (pęknięć i nacięć) ze względu na referencyjność szpitala

Rok	Urazy	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
2005	Nie	191	51,07	329	24,08
	Tak	183	48,93	1037	75,92
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	102,03			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	133	45,86	360	33,06
	Tak	157	54,14	729	66,94
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	16,35			
	df	1			
	p	<0,0001			

176

**Tabela 6.** Porównanie pęknięć krocza (wszystkie stopnie) ze względu na stopień referencyjności w dwóch szpitalach (I stopień referencyjności i II stopień referencyjności) w poszczególnych rocznikach (2005 i 2013) i w zależności od rodności (pierworódki i wieloródki)

Rok	Pęknięcie krocza	Szpital I stopnia referencyjności		Szpital III stopnia referencyjności	
		n	%	n	%
Pierworódki					
2005	Nie	115	86,47	608	96,35
	Tak	18	13,53	23	3,65
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	21,15			
	df	1			
	p	<0,0001			
2013	Nie	101	91,82	288	73,28
	Tak	9	8,18	105	26,72
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	16,85			
	df	1			
	p	<0,0001			
Wieloródki					
2005	Nie	28	56,00	295	72,66
	Tak	22	44,00	111	27,34
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	5,98			
	df	1			
	p	0,0145			
2013	Nie	26	55,32	135	40,30
	Tak	21	44,68	200	59,70
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	3,81			
	df	1			
	p	0,0508			

W tabeli 7 analizowano nacięcia i pęknięcia krocza w szpitalach ze względu na stopień referencyjności. Okazało się, że występowanie nacięć i pęknięć krocza różni się istotnie między szpitalami w każdym analizowanym roku. W 2005 i 2013 w szpitalu III stopnia referencyjności odsetek nacięć i pęknięć krocza jest istotnie wyższy niż w szpitalu I stopnia referencyjności (2005: 75 vs 48%; 2013: 66 vs 54%).

**Tabela 8.** Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na nacięcie krocza

Stopień urazu krocza (III+IV)	Nacięcie – Nie		Nacięcie – Tak	
	n	%	n	%
Nie	423	99,30	7	43,75
Tak	3	0,70	9	56,25
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	180,14		
	df	1		
	p	<0,0001		

W tabeli 8 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na wykonanie procedury nacięcia krocza. Okazało się, że występowanie poważnych pęk-

nięć krocza różni się istotnie. Odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia jest istotnie wyższy w sytuacji wcześniejszego wykonania nacięcia krocza (56 vs 0,7%).

**Tabela 9.** Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na liczbę płodów

Stopień urazu krocza (III+IV)		Cięża bliźniacza		Cięża pojedyncza	
		n	%	n	%
Nie		3	100	427	97,27
Tak		0	0,00	12	2,73
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	0,08			
	df	1			
	p	0,7716			

W tabeli 9 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na liczbę płodów. Okazało się, że występowanie poważnych pęknięć krocza nie różni się istotnie.

**Tabela 10.** Porównanie pęknięcia krocza III i IV stopnia ze względu na rodzaj porodu

Stopień urazu krocza (III+IV)		Rodzaj porodu – Fizjologiczny		Rodzaj porodu – Kleszcze	
		n	%	n	%
Nie		428	98,16	2	33,33
Tak		8	1,84	4	66,67
Test chi <sup>2</sup>	Chi <sup>2</sup>	94,19			
	df	1			
	p	<0,0001			

W tabeli 10 analizowano pęknięcia krocza III i IV stopnia w szpitalach ze względu na zakończenie porodu kleszczami. Okazało się, że występowanie poważnych pęknięć krocza różni się istotnie. Odsetek pęknięć krocza III i IV stopnia jest istotnie wyższy w sytuacji użycia kleszczy (66 vs 1.8%).

## Dyskusja

W naszym badaniu odsetek nacięć krocza był wyższy niż zalecany przez WHO i zróżnicowany ze względu na rodność oraz stopień referencyjności szpitali. Okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 38% kobiet, a w roku 2013 odsetek wykonanej procedury wzrósł do 44%. Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u 66%, a w roku 2013 odsetek obniżył się do 39%. Na podstawie tego badania w okresie ośmiu lat zaobserwowano znaczne obniżenie odsetka wykonywanej procedury w szpitalu III stopnia referencyjności. Raport Blondel i wsp. dotyczący urazów okołoporodowych w Europie z 2010 roku wskazuje, że odsetek nacięć krocza

w Polsce był jednym z wyższych w porównaniu do innych krajów [8]. W 2012 roku wprowadzono w Polsce Standard Opieki Okołoporodowej, który zaleca znaczne ograniczenie odsetka nacięć krocza. Na podstawie zaobserwowanych zmian w analizowanym okresie można wnioskować, że personel dokonał istotnych zmian w praktyce położniczej. Brak zmian w odsetku nacięć krocza w przedziale ośmiu lat w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności może świadczyć o nieznanomości Standardu Opieki Okołoporodowej oraz braku szkoleń, dotyczących dobrych praktyk opartych na dowodach naukowych [22]. Nie zmienia to faktu, że odsetek wykonywanej procedury był za wysoki w porównaniu do innych badań. W Norwegii odsetek nacięć krocza wynosił 15-20% [23]. We Francji po wprowadzeniu zaleceń Narodowego Towarzystwa Ginekologów i Położników w 2005 roku, zaobserwowano znaczące obniżenie odsetka nacięć krocza. W roku 2003 odsetek wynosił 18% natomiast w 2007 obniżył się do 3,4% [17]. Częstość nacięcia krocza w szpitalu w Izraelu zmniejszyła się z 30% do mniej niż 5%, po tym jak okazało się, że nacięcie krocza było niezależnym czynnikiem ryzyka pęknięcia krocza trzeciego i czwartego stopnia w sytuacjach krytycznych jak dystocja barkowa, poród instrumentalny, ułożenie potylicowe tylne, makrosomia, zaburzenia rytmu serca [4]. Podobne do naszych wskaźniki przedstawiają badania tureckie, odsetek nacięć krocza sięgał 56%. Jednakże przeprowadzone badanie obserwacyjne wskazuje, że istnieje możliwość uniknięcia nacięcia krocza i uzyskanie niskiego odsetka urazów krocza podczas porodu naturalnego [24]. Duże badanie obserwacyjne w Stanach Zjednoczonych wykazało, że podczas porodu naturalnego w grupie 1,176 kobiet, nie stwierdzono urazów krocza u 65% pacjentek a tylko 20% wymagało założenia szwów. Autorzy są zdania, że spokojna i kontrolowana technika rodzenia płodu, zmniejsza liczbę urazów krocza w normalnych, spontanicznych porodach oraz obniża koszty leczenia [25]. Doniesienia z Japonii, także wykazały brak urazów podczas porodów u 49,5% pierworódek i 69,9% u wieloródek, w badaniu uczestniczyło 1,1521 kobiet po porodach spontanicznych bez stosowania interwencji medycznych (bez znieczulenia, nacięcia krocza, porodów instrumentalnych), zaobserwowano pęknięcie krocza trzeciego stopnia u 0,1% [26].

W pracy porównywano nacięcie krocza ze względu na rodność w grupach z urazami. Okazało się, że w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 86% pierworódek, a w 2013 zaobserwowano wzrost do 92%. W szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności w każdym analizowanym roku zaobserwowano u wieloródek odsetek nacięcia krocza na

podobnym poziomie około 57%. Natomiast w szpitalu o trzecim stopniu referencyjności w roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 97% pierworódek, a w 2013 roku zaobserwowano obniżenie do 75%. W roku 2005 wykonano nacięcie krocza u około 73% wieloródek a w 2013 roku zaobserwowano obniżenie urazów do 41%. Nasze dane są znacznie wyższe niż krajach europejskich i porównywalne z krajami azjatyckimi, gdzie odsetek sięga nawet 95% w Jemenie i Iraku [15,16].

Tak wysoki odsetek nacięć krocza u pierworódek i wieloródek jest niepokojący, wskazuje na znaczną medykalizację porodów [27], ponieważ, o jakości opieki położniczej według badaczy skandynawskich świadczy niski odsetek pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia oraz niski wskaźnik nacięć krocza. [5, 6]. Nieco niższy odsetek niż nasz, stwierdzono w badaniu tureckim. U 56,3% pierworódek wykonano nacięcie krocza, u 3,5% nie stwierdzono urazów, u 40,2% zaobserwowano samoistne uszkodzenia, przy czym u 11,6% wykonano wcześniej nacięcie krocza [24]. W innym badaniu, wszystkie pierworódki miały wykonane nacięcie krocza, a odsetek u wieloródek wynosił 4,6%, a częstość w szpitalu wynosiła 51% [28].

Badania uzyskane w Anglii w grupie pierworódek wskazują, że wykonane nacięcie krocza niezależnie od rodzaju porodu, spontanicznego lub z użyciem próżniociągu, chroniło kobiety przed poważnymi urazami krocza [7]. Inne doniesienia wskazują, że boczne nacięcie krocza chroni przed urazami zwieracza odbytu podczas porodu instrumentalnego u pierworódek pierwiastek [29, 30, 31]. Okazuje się, że tak wysoki odsetek nacięć krocza nie dotyczy wszystkich regionów świata. W nowym, interesującym badaniu randomizacyjnym z Brazylii, analizowano porody z nacięciem krocza selektywnym (wykonywane według oceny klinicznej personelu) oraz porody, w których powstrzymano się od nacięcia krocza lub wykonywano procedurę w przypadkach wyjątkowych, czyli takich, w których ocena kliniczna uznałaby absolutnie konieczne wykonanie procedury. W badaniu okazało się, że częstość nacięcia krocza była bardzo niska w grupie bez nacięcia krocza (1,7%) i w grupie selektywnego nacięcia krocza (1,6%). Dwa nacięcia krocza przeprowadzono w grupie bez nacięcia krocza, zostały wykonane ze względu na dłuższy drugi okres porodu (35 i 120 minut) w połączeniu z zaburzeniami rytmu serca płodu. W grupie z selektywnym nacięciem krocza wykonano także dwa nacięcia krocza, z powodu przedłużonego drugiego okresu porodu (27 i 56 minut). Badacze podkreślają i zalecają, aby położne poprawiły technikę przyjmowania porodów [11].

W naszym badaniu porównywaliśmy także pęknięcia krocza, ale tylko w grupach, kiedy występowały urazy, ze

względem referencyjność szpitali i rodność. Okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 22% kobiet, a w roku 2013 odsetek obniżył się do 19%. Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 13%, a w roku 2013 wykazano trzykrotny wzrost do 42%. Podobnie jak powyżej, zaobserwowano zmiany tylko w szpitalu o III stopniu referencyjności. Ponadto okazało się, że w szpitalu o I stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 14% pierworódek, a w 2013 u 8% pierworódek. W szpitalu o I stopniu referencyjności w każdym analizowanym roku zaobserwowano u wieloródek odsetek pęknięć krocza około 44%.

Natomiast w szpitalu o III stopniu referencyjności w roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 4% pierworódek, a w 2013 roku zaobserwowano wzrost do 27%. W roku 2005 stwierdzono pęknięcie krocza u około 27% wieloródek, a w 2013 roku zaobserwowano wzrost urazów do 60%. Przedstawione dane wskazują na pięciokrotny wzrost odsetka pęknięć krocza w okresie 8 lat u pierworódek i dwukrotne zwiększenie odsetka pęknięć krocza w grupie wieloródek w szpitalu klinicznym. Prawdopodobnie wzrost pęknięć krocza w 2013 roku spowodowany jest istotnym obniżeniem wykonywanej procedury nacięcia krocza u pierworódek i wieloródek, co w konsekwencji wiąże się ze zwiększoną częstością występowania samoistnych obrażeń krocza. Takie obserwacje odnotowano na całym świecie [7,17,32]. Przedstawione dane ze szpitala klinicznego wskazują na podążanie za trendami współczesnego położnictwa i ograniczaniem rutynowego nacięcia krocza. Należy przy tym wskazać, że doniesienia naukowe podważają zasadność wykonania procedury nacięcia krocza, która została wdrożona do położnictwa na całym świecie bez opublikowania wcześniej dowodów naukowych [11]. Ponadto nasze dane dotyczące odsetka urazów pierwszego i drugiego stopnia w szpitalu o III stopniu z 2013 roku są częściowo zgodne z badaniami Karacam. W grupie tureckich pierworódek zaobserwowano u 40,2% samoistne urazy krocza, przy czym u 11,6% wykonano wcześniej nacięcie krocza. Pęknięcia krocza samoistne pierwszego stopnia wystąpiły u 90,7% kobiet, natomiast drugiego stopnia u 9,3%, u żadnej rodzącej nie stwierdzono poważniejszych pęknięć krocza [24]. Podobne spostrzeżenia stwierdzono w badaniu Amorim, częstość samoistnych pęknięć stwierdzono u około 83% kobiet w każdej grupie. Poważne pęknięcia krocza występowały u 1,8% kobiet w grupie bez nacięcia krocza i 2,5% pacjentek losowo przydzielonych do grupy selektywnych nacięć krocza [11].

W badaniu pierworódek w Anglii w latach 2000 do 2012, podobnie jak w naszym zaobserwowano wzrost pęknięć krocza drugiego stopnia z 28 do 35%, trzykrotny wzrost pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia (1.8 vs 5.9), natomiast pęknięcia pierwszego stopnia pozostawały na tym samym poziomie. Autorzy tłumaczą wzrost odsetka poważnych pęknięć krocza, trudnościami w diagnozie i kwalifikacji urazów krocza, zalecają wprowadzenie znormalizowanych kwalifikacji urazów oraz edukację personelu [7]. Doniesienia z Japonii wskazują, że pęknięcie krocza pierwszego stopnia wystąpiło u 36,7% pierworódek i 27,1% wieloródek, pęknięcia drugiego stopnia wystąpiły u 13,5% pierworódek i 3,0% wieloródek. U jednej wieloródki stwierdzono pęknięcie krocza trzeciego stopnia (0,1%). Nie stwierdzono obrażeń czwartego stopnia [26].

Jak powyżej wskazano na ocenę opieki okołoporodowej składa się wskaźnik pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia [5,6]. W naszym badaniu stwierdzono, że w szpitalu o III stopniu referencyjności ogólna liczba urazów (nacięć i pęknięć krocza) obniżyła się w okresie od 2005 do 2013 roku (76% vs 67%). Takich obserwacji nie odnotowano w szpitalu o I stopniu referencyjności. Ponadto odsetek poważnych pęknięć krocza zaobserwowano częściej w przypadku porodu z użyciem kleszczy oraz w sytuacji, gdy było wykonane nacięcie krocza. Odsetek poważnych urazów krocza w szpitalu klinicznym obniżył się w analizowanych latach (3,25 vs 2,4%), a także był niższy niż w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności. Te dane są zgodne z obserwacjami innych autorów. W innym badaniu częstość urazów zwieracza odbytu wynosiła 3,2%. Obserwacje wskazały na związek poważnych urazów zwieracza odbytu z rodnością, wiekiem kobiet, masą urodzeniową, sposobem porodu i dystocją barkową. Kobiety rodzące bez nacięcia krocza bocznego były 1,4 razy częściej narażone na wystąpienie urazu [29]. Doniesienia Meistera i wsp. wskazują, że pęknięcia krocza trzeciego i czwartego stopnia występują u około 4,5% kobiet, a czynnikami ryzyka uszkodzenia są pierworództwo, długi drugi okres porodu, duża masa urodzeniowa płodu i poród zabiegowy [33].

W krajach skandynawskich badano częstość występowania urazów zwieracza odbytu. Okazało się, że częstość uszkodzenia zwieracza odbytu była wyraźnie niższa w Finlandii (0,7-1,0%) niż w pozostałych trzech krajach skandynawskich (4,2-2,3%). Istotne i stałe zmniejszenie częstości urazów zwieracza odbytu zaobserwowano tylko w Norwegii (od 4,1 do 2,3%, od 2004 do 2010). Tak znaczna redukcja odsetka spowodowana była realizacją zaleceń techniki ochrony krocza, która polegała na pomocy ręcznej

i ochronie krocza podczas drugiego okresu porodu [34]. W innych badaniach okazało się, że masaż skutecznie obniża ryzyko wykonania nacięcia krocza [24, 35].

Od 1985 roku wiele organizacji zajmujących się zdrowiem prokreacyjnym zaniepokojone jest nadmierną medykacją porodu, nadużyciami wobec kobiet a także brakiem szacunku [27]. Od kilku lat szeroko jest dyskutowany problem przemocy w położnictwie, która uważana za jedną z najbardziej niewidocznych i neutralizowanych form przemocy wobec kobiet, i stanowi poważne naruszenie praw człowieka [36]. Aktualnie za taką formę „przemocy w położnictwie” uważane jest rutynowe nacięcie krocza, szczególnie, gdy wykonywane jest bez świadomej zgody. Przemoc w położnictwie to sytuacja, w której każda forma ingerencji w poród jest uważana za patologiczną. Kobieta jest automatycznie pacjentką, stosuje się rutynowe procedury medyczne i farmakologiczne, bez podejmowania decyzji dotyczących własnego ciała [21]. W tym kontekście podaje się w wątpliwość czy nacięcie krocza jest naprawdę potrzebne w każdej sytuacji?

Podsumowując należy podkreślić, że różnice w odsetku nacięć krocza w poszczególnych szpitalach i latach budzą wątpliwości, co do zasadności wykonania procedury, która może być medycznie usprawiedliwiona i konieczna. Jednakże zróżnicowanie odsetka w analizowanych latach i szpitalach w tym samym kraju, tym bardziej jest zastanawiające i alarmujące.

Niejednolite dane pod względem szpitali, powinny skłonić do podjęcia natychmiastowych działań edukacyjnych, naprawczych, mających na celu wdrożenie praktyk położniczych (technik ochrony krocza) zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, popartą badaniami naukowymi. Analizowana literatura wskazuje na duże możliwości ochrony krocza z zastosowaniem odpowiednich technik [11, 20, 25, 26, 34], w tym masaż krocza [35], które mogą znacząco obniżyć koszty związane z porodem [4, 12].

## Wnioski

Odsetek nacięć krocza jest znacząco wyższy niż zalecany przez WHO. Liczba wszystkich urazów krocza jest alarmująco wysoka. Tendencje obniżające liczbę urazów zaobserwowano tylko w szpitalu o trzecim stopniu referencyjności. Należy podjąć natychmiastowe starania w celu obniżenia odsetka nacięć krocza. Działania naprawcze powinny polegać na systematycznym przeglądaniu badań naukowych, analizowaniu wskazań do wykonania nacięcia krocza, weryfikowaniu czynników ryzyka urazów, doskonaleniu umiejętności, ocenie własnych działań w odstępach czasu.

## Piśmiennictwo

- Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ quality indicators. Department of Health and Human Services. 2010, version 4.1b. Dostępne pod adresem: [www. http://qualityindicators.ahrq.gov](http://qualityindicators.ahrq.gov) (Dostęp 13.05.2015).
- OECD. Obstetric trauma. In Health at a Glance 2013. OECD indicators, OECD Publishing. Dostępne pod adresem: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> (Dostęp 19.12. 2014).
- Carroli G, Mignini L: Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009,21,1:CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? Arch Gynecol Obstet. 2012; 286:1369/73. doi: 10.1007/s00404-012-2460-x.
- Sundquist J-C. Long-term outcome after obstetric injury: a retrospective study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91:715–8.
- LaCross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. J Midwifery Womens Health. 2015;60:37–47
- Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, Templeton A, van der Meulen JH. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. BJOG. 2013;120,12:1516-1525. doi: 10.1111/1471-0528.12363.
- Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, Prunet C, Zhang WH, Hindori-Mohangoo AD, Zeitlin J, Euro-Peristat Scientific Committee Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95: 746-54. doi: 10.1111 / aogs.12894.
- World Health Organization Division of Family Health Maternal Health and Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: World Health Organization;1996.
- Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. Evid Rep Technol Assess 2005;112:1–8.
- Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health; 2017; 24;14(1):55. doi: 10.1186/s12978-017-0315-4.
- Borghi J, Fox Rushby J, Bergel E, Abalos e Hutton G, Carroli. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186 (2): 221-8.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 8;2:CD000081.
- Aradmehr M, Azhari S, Shakeri MT. Study of factors associated with postoperative pain following episiotomy in primiparous women at Mashhad Ommolbanin Hospital in 2012. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2015; 3 (1): 305-14. doi: 10.22038/jmrh.2015.3608.
- Khajavi Shojae K, Dawati A, Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy in primiparous women. Journal of Medical Sciences Ghom. 2010; 3 (2): 36.
- Frass KA, Al-Harazi AH. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. Saudi Med J. 2010;31(7):764-7.
- Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, Martin A, Cossa S, Maillet R, Riethmuller D. [Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010; 39 (1): 37-42. doi.org/10.1016/j.jgyn.2009.09.013
- [http://www.rodzicpoludzk.pl/pliki/Naciecie\\_krocza\\_koniecznosc\\_czy\\_rutyna.pdf](http://www.rodzicpoludzk.pl/pliki/Naciecie_krocza_koniecznosc_czy_rutyna.pdf) (Dostęp 13.06.2017)
- <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>. (Dostęp 13.06.2017)
- Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016;38(6):301-7. doi: 10.1055/s-0036-1584942
- Pérez D'GR. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111(3):201-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002.
- Fundacja Rodzić po Ludzku. Raport z Monitoringu wdrażania Nowych Standardów Okołoporodowych w wybranych placówkach Województwa Mazowieckiego. 2013. [http://www.rodzicpoludzk.pl/images/raport\\_z\\_monitoringu\\_woj.maz\\_rodzic\\_po\\_ludzku.pdf](http://www.rodzicpoludzk.pl/images/raport_z_monitoringu_woj.maz_rodzic_po_ludzku.pdf). (Dostęp 08.06.2017).
- Tincello DG, Williams A, Fowler GE, Adams EJ, Richmond DH, Alfirevic Z. Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. BJOG 2003;110:1041–4.
- Karaçam Z, Ekmen H, Calışır H, Seker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(3):237-45.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth. 2006; 33 : 94-100. doi: 10.1111 / j.0730-7659.2006.00085.x.
- Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. J Midwifery Womens Health. 2015; 60 : 419-27. doi: 10.1111 / jmrh.12324.
- Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen J. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters. 2016; 24:47, 47:55 doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002
- Saadia Z. Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics – a study from Saudi Arabia. Mater Sociomed. 2014; 26(3): 188-190. doi: 10.5455/msm.2014.26.188-190.
- Revicky V, Nirmal D, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;150:142–6.
- Parnell C, Langhoff-Roos J, Moller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:256–61.
- Raisanen SH, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:1365–72.
- Reinbold D, Eboue C, Morello, Lamendour N, Herlicoviez M, Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. [From the impact of French guidelines to reduce episiotomy's rate]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012;41(1):62-8. doi: 10.1016/j.jgyn.2011.08.006.
- Meister MR, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. Am J Obstet Gynecol. 2016 ;215(3):310.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.041.
- Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable?– Large and consistent rupture rate varia-



tions between the Nordic countries and between delivery units in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(1):94-100. doi: 10.1111/aogs.12024.

35. Beckmann MM , Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25;(1):CD005123. doi:10.1002/14651858.CD005123.pub2
36. Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. Declaración conjunta <https://drive.google.com/file/d/0BUcL20Wy-uYRZXFOQ18xWGd4d1U/view> (Dostęp 13.06.2017)

---

Zaakceptowano do edycji:  
Zaakceptowano do publikacji:

**Adres do korespondencji:**

Grażyna Gebuza  
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej  
Collegium Medicum w Bydgoszczy  
ul. Łukasiewicza 1  
85-821 Bydgoszcz  
tel. (52) 585-59-04  
e-mail: grazyna.gebuza@cm.umk.pl  
tel. +48 796061139