



Fundacja Rodzić po Ludzku

Nacięcie krocza – konieczność czy rutyna?

Publikacja finansowana dzięki dotacji Biura Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Statusu
Kobiet i Mężczyzn

Opracowanie – Urszula Kubicka-Kraszyńska, Anna Otffinowska

Konsultacja merytoryczna – Katarzyna Oleś, położna

Dziękujemy za pomoc Irenie Chołuj i Agnieszce Herzig

Warszawa 2005 © copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

Spis treści

Wstęp...3

Trochę historii...4

Nacięcie krocza w Polsce...6

Rutynowe nacięcie krocza nie jest ochroną...7

Pozamerytoryczne powody wykonywania nacięć krocza...11

Rutynowe nacięcie krocza a jakość życia po porodzie...12

Ochrona krocza w doświadczeniu położnej...15

Co sprzyja ochronie krocza?...20

Pielęgnacją krocza po porodzie...22

Bibliografia...23

Wstęp

Nacięcie krocza jest najczęściej stosowanym podczas porodu zabiegiem chirurgicznym, pomimo tego, że jego skuteczność nigdy nie została udowodniona. Wręcz przeciwnie, prowadzone od początku lat 1980. badania dostarczają nowych dowodów na szkodliwość tej procedury.

Standardem w medycynie powinno być opieranie się na aktualnych, rzetelnych i wiarygodnych badaniach naukowych. To one dają lekarzom i położnym pewność, że to, co robią, jest najlepsze dla ich pacjentek, ponieważ badacze i eksperci w drodze badań, eksperymentów i analiz zbadali skuteczność danej procedury. W przypadku nacięcia krocza, możemy zadać sobie pytanie – dlaczego, wbrew wnioskom z badań, zabieg ten jest wciąż tak szeroko stosowany? W Polsce jednym z powodów jest nieznanostwo wśród większości lekarzy i położnych wyników aktualnych badań. Innym - głąboko zakorzenione przyzwyczajenia i rutyna, które utrudniają przyjęcie nowych standardów. Jednocześnie kobiety coraz bardziej są świadome tego, że nacięcie krocza w większości przypadków nie jest konieczne i podważają sens jego powszechnego stosowania.

Polska jest jednym z niewielu już krajów europejskich, w których rutynowe nacięcie krocza jest uznanym elementem prowadzenia porodu. Nikt nie poddaje analizie zasadności takiego postępowania, jego kosztów oraz licznych powikłań. Echa takiego podejścia odnajdujemy nawet we współczesnych podręcznikach położnictwa.

Mamy nadzieję, że przedstawione w tej publikacji argumenty na rzecz odejścia od rutynowego nacięcia krocza zainteresują część środowiska lekarzy i położnych. Czas rozpocząć dyskusję, w której zostaną zweryfikowane stosowane dzisiaj standardy postępowania.

Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku

Trochę historii

Historia nacięcia krocza sięga XVII wieku i pierwszego użycia kleszczy. Pierwsze wzmianki o tym zabiegu w literaturze położniczej pojawiają się na początku XIX wieku. Jak pisze kanadyjski socjolog Ian Graham, badający dzieje epizjotomii w krajach anglosaskich, początkowo nacięcie traktowano nieufnie i jako środek ostateczny, chociażby z obawy przed ryzykiem infekcji. Jednym z propagatorów rutynowego nacięcia krocza był wpływowy amerykański położnik Joseph De Lee. W 1913 roku opublikował tezę, że każdy poród jest procesem patologicznym, i wymaga interwencji chirurgicznej (De Lee 1913). Proponowany przez niego sposób prowadzenia porodu polegał na usypianiu kobiety, dokonywaniu rozległego nacięcia krocza i wydobywaniu dziecka za pomocą kleszczy. Prace De Lee były wielokrotnie wznawiane i im między innymi zawdzięczamy to, że w pierwszej połowie XX w. rutynowe nacięcie krocza stopniowo zyskiwało powszechną akceptację – w USA już w latach 30. i 40., w Wielkiej Brytanii i innych krajach europejskich w latach 50. i 60. XX wieku. Do lat 80. XX wieku ani lekarze, ani położne, ani kobiety nie kwestionowali konieczności rutynowego nacinania krocza, choć jego zalety nigdy nie zostały udowodnione.

W latach 80. XX wieku, dzięki popularyzacji idei medycyny opartej na faktach naukowych (evidence based medicine) oraz powstającym w wielu krajach konsumenckim ruchom na rzecz przyjaznego kobietom położnictwa, rutynowe nacięcie krocza zostało poddane krytyce. Światowa Organizacja Zdrowia w dokumencie „Poród nie jest chorobą” (WHO 1985) zaleciła ograniczenie stosowania epizjotomii, ponieważ „nie ma usprawiedliwienia dla rutynowego nacięcia krocza”. W USA i większości krajów Europy Zachodniej liczba dokonywanych nacięć krocza znacznie spadła - w Wielkiej Brytanii z 53,4% w 1978 r. do 12 % w 2003 r., w USA z 65,1% w 1979 r. do 50,4 % w 1993r., obecnie ok. 33% (Graham 1997, Graham et al. 2005). W Szwecji odsetek ten wynosi 9,7 %, w Nowej Zelandii 11%, w Danii 12%. (Graham 1997, Graham et al. 2005). O tym, jak silnym stereotypem jest rutynowe stosowanie nacięcia krocza świadczy fakt, iż w tym samym czasie w krajach takich jak Polska, Japonia, Grecja czy kraje Ameryki Południowej odsetek nacięć krocza utrzymywał się na podobnym niezmienionym poziomie, i do dziś zabieg ten jest stosowany u niemal wszystkich pierworódek i większości wieloródek.

Obecnie w zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących prowadzenia porodu normalnego czytamy „Nie ma wiarygodnych dowodów świadczących o tym, że liberalne lub rutynowe stosowanie nacięcia krocza ma pozytywne skutki. Badania wyraźnie wykazują że jest odwrotnie. W pewnej liczbie porodów normalnych nacięcie krocza jest uzasadnione, ale rekomendowane jest ograniczanie stosowania tego zabiegu” (WHO 1997).

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia stwierdzają, iż uzasadnione jest stosowanie nacięcia krocza w 5 do 20 % porodów (za: Wagner 1994). Warto także podkreślić, iż rutynowe nacięcie krocza zostało przez badaczy z The Cochrane Library, międzynarodowego autorytetu w dziedzinie oceny wiarygodności badań nad skutecznością procedur medycznych, określone jako interwencja, której szkodliwość i brak skuteczności zostały udowodnione ponad wszelką wątpliwość (Enkin et al. 2000). Obok zasad medycyny opartej na faktach naukowych, ważnym argumentem na rzecz ograniczenia rutynowego nacięcia krocza są koszty opieki medycznej. W Argentynie zbadano, jakie konsekwencje finansowe dla kosztów opieki zdrowotnej będzie miało zastąpienie rutynowego stosowania nacięcia krocza ograniczonym stosowaniem. Obliczono, że każdy poród niskiego ryzyka przeprowadzony z użyciem nacięcia krocza jest droższy od porodu bez nacięcia o 11 do 20 dolarów (Borghini et al. 2002).

Nacięcie krocza w Polsce

W Polsce szpitale mają obowiązek referować dane dotyczące jedynie cesarskiego cięcia. Sposób prowadzenia porodu i stosowane interwencje medyczne pozostają w gestii ordynatorów i zespołów terapeutycznych oddziałów. Nie ma centralnej instytucji, której zadaniem byłoby gromadzenie danych oraz szczegółowa analiza opieki położniczej. Taka próbę podjęła Fundacja Rodzić po Ludzku, która od 2003 r. kieruje do ordynatorów oddziałów ankiety dotyczące najczęściej stosowanych interwencji, między innymi nacięcia krocza. W 2004 r. informacje otrzymaliśmy z 111 placówek (ok. 25 % oddziałów położniczych w Polsce). Z danych tych wynika, iż średnio w oddziałach tych w 2003 r. nacięcie krocza zastosowano w 57,5 % porodów, przy czym u pierworódek jest to blisko 79 %, a u wieloródek 36 % porodów. 82 % oddziałów przekracza granicę 20 % wyznaczoną przez Światową Organizację Zdrowia. W kilku szpitalach nacina się 100 % kobiet bez względu na to, który to poród! Gdy porównamy dane te z liczbą kobiet, które urodziły dziecko drogami natury w 2003 r. okazuje się, że ok. 150 tys. kobiet miało nacięte krocze. Według standardów Światowej Organizacji Zdrowia, u 120 tys. z nich nacięcie krocza nie było konieczne.

Powyższe dane świadczą o tym, że rutynowe nacięcie krocza stało się w Polsce niekwestionowanym elementem prowadzenia porodu. Przyjęcie porodu przy minimalnych obrażeniach krocza, ważne dla położnych pracujących w pierwszych dziesięcioleciach XX w. w domach oraz po II wojnie światowej w tak cenionych przez kobiety izbach porodowych, przestało być wartością i wyznacznikiem umiejętności położniczych. W wielu oddziałach położniczych położne są zobowiązane do nacinania krocza przy każdym porodzie. Uznanie, że nacięcie jest niezbędne, prowadzi do tego, że położne muszą tłumaczyć się przed lekarzem z faktu nie nacięcia krocza. Konsekwencją tej postawy jest również ignorowanie negatywnych konsekwencji nacięcia krocza. Liczbę kobiet cierpiących z powodu powikłań po nacięciu oszacować można na minimum 30 tys. rocznie. Pomimo tego, lekarze ginekolodzy, którzy konfrontują się z tymi powikłaniami w czasie wizyt kontrolnych po porodzie, nadal pozostają propagatorami rutynowego nacięcia krocza. W nielicznych tylko wystąpieniach pojawia się stwierdzenie, że rutynowe nacięcie jest uszkodzeniem jatrogennym (Ciszek i in. 1996).

Klasyfikacja obrażeń krocza w czasie porodu (wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób)

I stopnia	pęknięcia pochwy i skóry krocza bez naruszenia mięśni dna miednicy
II stopnia	pęknięcia mięśni dna miednicy, mięśnie krocza i pochwy
III stopnia	pęknięcia obejmujące zwieracz zewnętrzny odbytu
IV stopnia	pęknięcia obejmujące błonę śluzową odbytnicy

Rutynowe nacięcie nie jest ochroną

Jednym z najczęściej podawanych powodów, dla których stosuje się rutynowe nacięcie krocza jest jego ochrona. Nasuwa się pytanie – jak można chronić coś, jednocześnie powodując jego uszkodzenie? Nacięcie krocza odpowiada pęknięciu II stopnia, podczas gdy kobiety rodzące bez nacięcia najczęściej mają krocze bez obrażeń lub z pęknięciem I stopnia.

Przeprowadzona na początku lat 1980. analiza 350 publikacji medycznych z lat 1860 – 1980 **nie znalazła w żadnej z nich potwierdzenia skuteczności rutynowego nacięcia w zapobieganiu głębokim obrażeniu krocza sięgającym odbytu, uszkodzeniom mięśni miednicy, obrażeń główki płodu** (Thacker, Banta 1983). Autorzy wymieniają natomiast podawane w literaturze liczne negatywne konsekwencje rutynowego nacięcia – dalsze pęknięcie nacięcia, znaczną utratę krwi, dyspaurenię (bolesność w trakcie stosunku), bolesność krocza, długie gojenie, infekcje. Jak podają Sarfati i Marechaud, utrata krwi w wyniku nacięcia krocza jest porównywalna z utratą krwi przy cesarskim cięciu (Sarfati, Marechaud 1999).

McGuinness i Norr dokonali krótkiego przeglądu badań, z których wynika, że **nacięcie krocza nie zapobiegania obniżeniu napięcia mięśni dna miednicy, pęknięciom ani nie chroni płodu. Zwiększa natomiast ryzyko infekcji, włączając w to infekcje ze skutkiem śmiertelnym, zwiększa ból i dyspaurenię, a także powoduje znaczącą utratę krwi.**

Autorzy przytaczają badanie, w którym porównano gojenie się krocza między 1 a 2 tygodniami po porodzie w grupie 181 kobiet poddanych nacięciu krocza i w grupie 186 kobiet, u których nie dokonano tego zabiegu. Wszystkie kobiety należały do grupy niskiego ryzyka, poród odbywał się siłami natury. Jedynie 2% kobiet w grupie bez nacięcia krocza miało pęknięcia III i IV stopnia w porównaniu do 15% w grupie z nacięciem. W grupie z nacięciem odnotowano 7, 7% kobiet z przedłużonym gojeniem się krocza w porównaniu z 2,2% w grupie bez nacięcia. Różnica jest istotna statystycznie przy wyeliminowaniu kobiet z grupy bez nacięcia, które nie odniosły żadnych obrażeń (53%). W żadnym z 4 przypadków pęknięcia III stopnia w grupie osób bez nacięcia nie doszło do przedłużonego gojenia się krocza, w odróżnieniu do grupy z nacięciem, gdzie zanotowano wśród 27 kobiet z pęknięciem III stopnia u 18,5% przedłużone gojenie się krocza. Odnotowano dwie infekcje, obie w grupie z nacięciem krocza.

W badaniu nie brano pod uwagę kobiet z porodów zabiegowych, niemniej jednak zanotowano u 35% z nich pęknięcie III stopnia po wykonaniu epizjotomii i przedłużone gojenie się krocza u 17,6%. Potwierdza to, że porody zabiegowe sprzyjają urazom krocza. „Badanie sugeruje, **że u kobiet, które nie miały naciętego krocza, krocze lepiej się goi**” (McGuinness, Norr 1991).

Inne badania również potwierdzają to, że **nacięcie krocza nie zapobiega dalszym obrażeniom, a wręcz przeciwnie, znacząco zwiększa ich ryzyko.**

W badaniu przeprowadzonym na próbie 21 278 kobiet stwierdzono mniej pęknięć III stopnia w grupie kobiet, które nie miały naciętego krocza (0,9%), niż w grupie po epizjotomii (1,4%) (Buekens et al.1985).

W 1987 r. Thorp porównał grupę 113 kobiet, w której ograniczono stosowanie nacięcia krocza (14%) z grupą 265 kobiet, w której użycie nacięcia krocza było bardziej liberalne (63%). Obrażenia III i IV stopnia wystąpiły w pierwszej grupie w 1,6% przypadków, w drugiej grupie w 13,2 %. Wszystkie pęknięcia III i IV stopnia poprzedzone były nacięciem krocza. W porównaniu z grupą o ograniczonym stosowaniu nacięcia, w grupie liberalnej częściej wystąpiły głębsze obrażenia krocza, zarówno u pierworódek (22,1 % do 1,6 %), jak i wieloródek (5,6 % do 1,8 %). W grupie z ograniczonym stosowaniem nacięcia pierworódki częściej miały pęknięcie I stopnia, jednak wszystkie uszkodzenia u kobiet bez nacięcia były łatwe do zaopatrzenia (Thorp 1987).

Badania potwierdziły, że **nacięcie krocza, bez względu na jego rodzaj, nie zmniejsza ryzyka pęknięcia zwieracza odbytu** (Eason, Labrecque, Wells, Feldman 2000). Inne badanie pokazało, że konsekwencje uszkodzenia zwieracza odbytu sięgają wielu lat po porodzie, wśród nich są dolegliwości takie jak wytworzenie się przetoki między odbytem a pochwą, martwica i ponowne pęknięcie zwieracza, nietrzymanie gazów lub kału, dyspauzenia, bolesność okolic krocza (Haadem K et al. 1987).

Thorp i Bowes dokonali przeglądu literatury w poszukiwaniu argumentów przemawiających za tym, że rutynowe nacięcie zmniejsza urazów krocza i zapobiega zmniejszeniu się napięcia mięśni dna miednicy. **Żadne z analizowanych badań nie dowiodło, że nacięcie krocza, czy to środkowe czy środkowo-boczne, zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia pęknięć III i IV stopnia. Przeciwnie, wiele badań dowodzi ścisłego związku między pęknięciem IV stopnia a środkowym nacięciem krocza.**

Badania kliniczne przeprowadzane w latach 1920-1930 udowodniały, że nacięcie krocza przeciwdziała zmniejszeniu się napięcia mięśni krocza. Dziś wiadomo, że badania te były błędne metodologicznie. Poza tym, konkluzje z tych badań nie dotyczą współczesnej praktyki. Aby zapobiec nadmiernemu rozciąganiu mięśni krocza należałoby dokonać nacięcia, zanim jeszcze mięśnie ulegną będą rozciąganiu, a więc na początku II okresu porodu. Taka procedura mogłaby jednak zwiększyć prawdopodobieństwo pęknięcia III i IV stopnia. Współcześnie nacięcie robi się w późniejszej fazie (Thorp, Bowes 1989).

Inny artykuł podsumowuje badania kliniczne, których konkluzją jest, że **nacięcie krocza nie zapobiega obniżaniu się narządów rodnych, urazom noworodka, nie jest łatwiejsze do zaopatrzenia niż pęknięcie II stopnia, nie goi się lepiej niż pęknięcie, nie zapobiega**

pęknięciom III stopnia ani zmniejszeniu satysfakcji seksualnej. Autorzy zauważają, że gdyby nacięcie krocza miało chronić przed nadmiernym rozciągnięciem części miękkich lub chronić główkę dziecka, powinno być dokonane dużo wcześniej (Hofmeyr, Sonnedecker 1987).

Często pojawiającym się argumentem na rzecz rutynowego nacięcia krocza, bardzo przemawiającym do kobiet, jest zapobieganie konsekwencjom obniżonego napięcia mięśni dna miednicy oraz rozluźnieniu mięśni krocza.

W badaniu szwedzkich naukowców siła mięśni krocza (przed, oraz po porodzie) została oceniona poprzez mierzenie możliwości utrzymania w pochwie globulek o różnej wadze w pozycji wertykalnej przez jedną minutę. Próba składała się z 87 kobiet – pierworódek, z których 16 urodziło przez cesarskie cięcie zaplanowane. W grupie porodów „drogami natury” 30% kobiet miało nacięte krocze, 36% - pęknięcia, 34% - krocze bez żadnych obrażeń. Pęknięcie III stopnia wystąpiło u 2 kobiet z „grupy z nacięciem”, i u 1 kobiety z „grupy pęknięć”. W porównaniu z grupami z pęknięciem i bez obrażeń, w grupie z nacięciem krocza siła mięśni była najslabsza (średnie zmniejszenie siły mięśni 30,0 +/- 11,8%). W grupie pęknięć (średnie zmniejszenie siły mięśni 18,9 +/- 9,1%) rezultat był podobny do tego, jaki zanotowano w grupie bez obrażeń (średnie zmniejszenie 19,2 +/- 10,28%). Grupa cesarskich cięć (średnie zmniejszenie 0) osiągnęła najlepszy rezultat w porównaniu ze wszystkimi podgrupami (Rockner, Jonasson, Olund 1991).

Obrażenia krocza mają duży związek z pozycją do porodu. W badaniu analizowano grupę 241 pierworódek (pojedyncze porody drogami natury, w położeniu główkowym). Odsetek nacięć krocza wyniósł 46,1%. Położne przyjęły 65,1% porodów, pozostałe – lekarze-położnicy. Lekarze częściej używali strzemion. Spośród 174 kobiet, które urodziły w pozycji innej niż leżąca najwięcej urodziło w pozycji półsiedzącej (N = 153). Nie odnotowano korelacji punktacji Agar z nacięciem krocza. Pęknięcia III i IV stopnia zdarzały się najrzadziej (0,9%) w grupie kobiet bez nacięcia i które nie rodziły w pozycji litotomicznej (leżąc płasko na plecach, z nogami uniesionymi do góry i umieszczonymi w strzemionach). Najczęstsze były (27,9%) w grupie kobiet, które zostały objęte przez te dwa czynniki (nacięcie krocza i pozycja litotomiczna). Wy tłumaczeniem związku między użyciem strzemion a pęknięciami III i IV stopnia jest zwiększone napięcie krocza w pozycji litotomicznej (Borgatta, Piening, Cohen 1989).

Ciekawych wniosków dostarcza analiza przebiegu 9418 porodów w latach od 1991 do 1997, w jednym ze szpitali w Szwajcarii. Zbadano wpływ wprowadzenia alternatywnych metod prowadzenia porodu na częstość stosowania interwencji w czasie porodu. W analizowanym okresie wprowadzono możliwość odbycia porodu w wodzie (odsetek takich porodów wzrósł do 40 % i utrzymywał się na tym poziomie), oraz w pozycjach wertykalnych - na krześle porodowym, na stojąco z użyciem lin do podtrzymania, w kucki i w pozycji

kolankowo-łokciowej na materacu. Odsetek porodów odbywanych na łóżku spadł i ustabilizował się na poziomie 40 %. Jednym z efektów tych zmian było zmniejszenie odsetka nacięć krocza z 80 % do niespełna 15 % (Eberhard, Geissbuhler 2000).

Jednym z najczęściej przytaczanych argumentów na rzecz rutynowego nacięcia krocza jest zapobieganie niedotlenieniu dziecka i uszkodzeniom mózgu. Jak pisze Henci Goer, amerykańska badaczka, „krocze kobiety to miękka, elastyczna tkanka, a nie beton” (Goer 1995). Jak pokazały badania, **nacięcie krocza nie ma związku ze stanem neurologicznym nawet najdelikatniejszych, przedwcześnie urodzonych dzieci z niską wagą, a co dopiero zdrowych dzieci urodzonych o czasie** (Goer 1995). Zbadano 439 spontanicznych, główkowych, pojedynczych porodów dzieci ważących mniej niż 2500 g. Wykluczono wcześniejsze komplikacje w czasie ciąży. Pierworódki i wieloródki analizowano osobno. Śmiertelność noworodkowa w porodach z nacięciem krocza w porównaniu z porodami bez nacięcia była podobna, jak również u pierworódek i wieloródek. Również nie odnotowano różnic w punktacji Apgar po 5 minutach. Badacze stwierdzili, że aby spełnić postulat zmniejszenia nacisku tkanek na główkę dziecka, nacięcie należałoby wykonać zanim główka zaczyna rozciągać krocze (The TG 1990).

W innym badaniu porównano rezultaty 24 439 pojedynczych, główkowych porodów w latach od 1980 do 1984. W tym czasie, na skutek wprowadzenia zaleceń ograniczenia liczby nacięć krocza, odsetek epizjotomii zmniejszył się z 72,6% do 44,9 % u pierworódek oraz z 36,8% do 15,4% u wieloródek. Zmniejszenie odsetka nacięć krocza nie miało wpływu na stan dzieci po porodzie (Reynolds JL, Yudkin 1987).

Podsumowanie

Rutynowe nacięcie krocza nie zapobiega:

- ◆ obrażeniom krocza,
- ◆ uszkodzeniom mięśni dna miednicy,
- ◆ obniżeniu się napięcia mięśni dna miednicy,
- ◆ wypadaniu narządów,
- ◆ niedotlenieniu płodu.

Nacięcie krocza zwiększa ryzyko:

- ◆ wystąpienia pęknięcia III i IV stopnia,
- ◆ infekcji,
- ◆ przedłużonego gojenia się rany,
- ◆ długotrwałej dyspaureнии i bolesności krocza.

Pozamerytoryczne powody wykonywania nacięć krocza

Mimo ukazywania się kolejnych danych podważających słuszność rutynowego stosowania nacięcia krocza, w wielu ośrodkach odsetek nacięć nie zmieniał się. Skłoniło to badaczy do postawienia hipotezy o nie merytorycznych powodach stosowania tego zabiegu. Na przykład, analiza 1576 porodów (pojedyncze, spontaniczne i o czasie) mających miejsce w Brigham&Women's Hospital między 1 grudnia 1994 a 31 lipca 1995 pokazała, iż wiele zależy od tego, kto asystuje przy danym porodzie. Nacięcie krocza zastosowano w 40,6 % porodów, przy czym położne wykonały nacięcie w 21,4% przypadków, położnicy-wykładowcy w 33,3% a prywatni lekarze pacjentek – w 55,6 % (Robinson, Norwitz, Cohen, Lieberman 2000).

Badanie przeprowadzone w Kanadzie pokazało, że poglądy osoby przyjmującej poród mają silny wpływ na przebieg porodu i stosowanych interwencji. Analizie poddano 447 przypadków porodów przyjmowanych przez 43 lekarzy. Zanalizowano przebieg porodu (długość porodu, zastosowane interwencje, stopień obrażeń krocza), pozycję, ból krocza po porodzie oraz satysfakcję kobiety z porodu. Zapytano również lekarzy o ich stosunek do nacięcia krocza. Okazało się, że kobiety będące pod opieką lekarzy niechętnych wobec nacięcia krocza częściej miały nietknięte krocze (23 % do 13%) oraz rzadziej doznały obrażeń krocza. Pierwszy okres porodu u kobiet, którymi zajmowali się lekarze sprzyjający nacięciu był od 2.3 do 3.5 godziny krótszy, niż u kobiet będących pod opieką lekarzy niechętnych wobec nacięcia, i częściej przyspieszany oksytocyną. Lekarze sprzyjający nacięciu krocza stosowali częściej pozycję leżącą oraz częściej diagnozowali zagrożenie płodu oraz niewspółmierność porodową. Ich pacjentki częściej odczuwały ból krocza po porodzie oraz miały mniejszą satysfakcję z porodu, niż pacjentki lekarzy niechętnych wobec nacięcia krocza (Klein et al. 1995).

Wpływ rutynowego nacięcia krocza na jakość życia po porodzie

Mój poród miał miejsce 2,5 roku temu i do tej pory odczuwam skutki nacięcia krocza – ból, uczucie ciągnięcia, nie wspominając o guzie wielkości fasoli, który od czasu do czasu powiększa się i maleje. Pomimo nacięcia krocza doszło do pęknięcia przedniej ściany pochwy oraz samo nacięcie również pękło dodatkowo w stronę odbytu. Po porodzie przez pół roku mogłam usiąść na krześle tylko jednym pośladkiem. Samego nacięcia być może nie czułam, ale jego konsekwencje są dla mnie nie do przyjęcia – napisała do Fundacji jedna z kobiet.

Wśród zwolenników rutynowego stosowania nacięcia krocza pojawiają się często twierdzenia, iż nacięcie chroni pochwę kobiety przez rozluźnieniem, a co za tym idzie, wpływa na poprawę jakości życia seksualnego po porodzie. Badania nie potwierdzają tej tezy. Wręcz przeciwnie, wykazują duży związek stosowania rutynowego nacięcia krocza z obniżeniem jakości życia kobiet po porodzie.

Brak wiedzy osób asystujących przy porodzie o konsekwencjach rutynowego nacięcia krocza jest związany z brakiem ciągłości opieki nad kobietą. W czasie położu kobieta nie ma kontaktu z położną lub lekarzem, którzy przyjmowali jej poród. Dolegliwości takie jak nietrzymanie moczu czy stolca są dla wielu kobiet bardzo wstydliwe. Podobnie, kobietom niełatwo jest zwierzyć swojemu lekarzowi z problemów ze współżyciem seksualnym.

Badania wykazały, iż nacięcie krocza sprzyja przedłużonej bolesności krocza oraz dyspareunii występującej nawet do roku po porodzie. Porównano 3 grupy kobiet po pierwszym porodzie drogami natury - grupa pierwsza (211 kobiet) miała krocze bez obrażeń, lub z pęknięciem I stopnia; grupa 2 (336 kobiet) z obrażeniami krocza II stopnia, oraz grupa 3 (68 kobiet), z obrażeniami III i IV stopnia. Kobiety zapytano o to, w jakim czasie po porodzie podjęły współżycie seksualne, czy odczuwają ból w czasie stosunku, o poziom satysfakcji seksualnej oraz zdolność do osiągnięcia orgazmu.

W 6 miesięcy po porodzie około 25% pierworódek sygnalizowało zmniejszenie wrażliwości seksualnej, zmniejszenie satysfakcji seksualnej, i mniejszą zdolność do osiągnięcia orgazmu. W 3 i 6 miesięcy po porodzie odpowiednio 41 % i 22 % sygnalizowało bolesność w czasie stosunków. W porównaniu z kobietami z nietkniętym kroczem, prawdopodobieństwo odczuwania bólu w czasie stosunku dla kobiet z obrażeniami II stopnia było 80 % większe, a dla kobiet z obrażeniami III i IV stopnia o 270 % większe. Autorzy podsumowali badanie stwierdzeniem, iż kobiety z kroczem bez obrażeń mają większą satysfakcję z życia seksualnego po porodzie. Obrażenia krocza oraz porody zabiegowe są

czynnikami związanymi z częstszym występowaniem poważnej dyspareunii (Signorello et al. 2001).

Obok dolegliwości fizycznych, nacięcie krocza może powodować problemy emocjonalne i psychologiczne. Jedną z niewielu osób, jakie podjęły się zbadania tego zagadnienia jest angielska antropolożka i inicjatorka wielu przyjaznych kobietom zmian w położnictwie, Sheila Kitzinger. Według niej, „wiele kobiet, szczególnie te, które nie były pytane o zgodę, czują się jakby były zgwałcone” (Kitzinger 1990). Tak silne emocje związane z odczuwanym bólem oraz niechcianą ingerencją w poród tłumaczyć mogą, dlaczego tak wiele kobiet, które miały nacięte krocze nie odczuwa żadnego zainteresowania seksem. Również analiza wywiadów z kobietami przeprowadzona w 2005 r. przez Fundację Rodzic po Ludzku potwierdziła związek nacięcia krocza z poważnymi problemami emocjonalnymi po porodzie oraz wpływ doświadczeń związanych z nacięciem krocza na relację kobiety z partnerem.

Miałam bardzo dużo szwów, chyba ze 13. One niby miały się rozpuszczać, ale ja czułam, że się ciągną, mnie to wszystko bolało, ja do dzisiaj (2,5 roku po porodzie) czuję to miejsce po szyciu, zwłaszcza po wysiłku. To był tak straszny dyskomfort, że mogłam tylko leżeć, nie byłam w stanie siedzieć, wstać. Moja teściowa, która jest zawodową pielęgniarką, robiła mi lewatywę, bo nie byłam w stanie się załatwić. Byłam tak nieszczęśliwa i obolała, że to mi przysłaniało całą radość z tego, że mam dziecko. Były momenty, że po prostu płakałam rzewnymi łzami – dlaczego mnie to tak strasznie boli? (...)

Nacięcie krocza wydawało mi się taką fizyczną, chirurgiczną ingerencją. Taką intymną, bardzo cielesną. Bałam się, że to będzie bolało, że szycie będzie bolało. I rzeczywiście tak było, że bardziej niż sam poród bolało mnie szycie krocza. Seksualnie wszystko nie doszło jeszcze do normy. Może dlatego, że byłam rozcięta i rana mi się ciężko goiła. Została taka bolesna blizna. Jeszcze do tej pory jest to bolesne i nie czuję komfortu przy współżyciu.

Z badania „Mój poród” przeprowadzonego przez Fundację w 2004 r. wynika, że blisko 60% kobiet miała nacięte krocze bez uzgodnienia z nią. Czynnikiem ten może mieć znaczny wpływ na postrzeganie epozjotomii jako traumy. *Niestety w czasie parcia lekarz naciął mnie trzy razy - krzyczałam w tych chwilach z bólu, a wcześniej byłam bardzo opanowana i skupiona na porodzie. Ponadto skaleczono mnie z zaskoczenia. Nikt się mnie nie pytał, ani nawet nie ostrzegł! Mam ogromny żal! Podobno rana goiła się wspaniale - tylko ja wspominam te dwa tygodnie po porodzie jako koszmar! Warto zaznaczyć, że nacięcie*

krocza, jak każdy inny zabieg medyczny, powinno być poprzedzone dokładną informacją oraz pytaniem pacjentki o zgodę.

Ochrona krocza w doświadczeniu położnej

Przedstawiamy relacje położnych, których historia pokazuje, jak ważna w praktyce zawodowej jest analiza swoich doświadczeń, otwartość na zmiany i indywidualne podejście do rodzącej kobiety.

Irena Chołuj, położna od 1964 roku, wieloletnia nauczycielka w szkole położnych, od 1989 roku przyjmuje porody domowe

W szkole położnych uczono mnie, że krocze trzeba naciąć. Mówiło się o konsekwencjach nie nacinania – obniżenie i wypadanie narządu rodniego, bezwiedne oddawanie moczu. Przez wiele lat pracowałam sama i uczyłam inne położne według tych zasad. Po latach, pod wpływem sympozjów, konferencji, literatury medycznej i kobiet, które chciały ze mną rodzić, zmieniałam swoje nastawienie. Teraz uważam, że wszystkie położne i lekarze powinni uznać, że nacinanie krocza jest zasadne tylko w wyjątkowych sytuacjach, podobnie jak porody zabiegowe. Gdy zaczęłam przyjmować porody domowe w pozycjach i w warunkach naturalnych, mogłam spokojnie chronić krocze - bo tego chciały rodzące kobiety.

Położnym, które chcą nauczyć się ochrony krocza radziłabym, aby przede wszystkim nauczyły się cierpliwości - główka powinna spokojnie przesunąć się przez krocze. Wtedy napięcie krocza się zmniejsza, nie jest gwałtowne, tylko rozłożone w czasie. Ważna jest pozycja pionowa rodzącej - wtedy jest mniejszy nacisk na okolice odbytu, a większy na samo krocze. Tak naprawdę, parcie jest konieczne jedynie w pozycji leżącej czy półsiedzącej. W pozycjach wertykalnych od momentu napinania się krocza przez naciskającą główką najlepiej robić wszystko, (czyli praktycznie nic), by rodząca nie parła. Sama siła skurczu i siła grawitacji pozwoli, by główka dziecka spokojnie i powoli wysuwała się na zewnątrz. Przy silnym odczuwaniu parcia patrz swojej rodzącej w oczy i razem z nią oddychaj – na krocze i srom połóż rękę i z wyczuciem wywieraj „przeciwwagę” na zbyt duże tempo rodzenia się główki, szczególnie, gdy rodzi się największym obwodem. Na tym etapie porodu rodząca powinna wydmuchiwać powietrze, stosować „zdmuchiwanie kilku świeczek” na jeden krótki wdech.

Błędem jest uciskanie, rozciąganie, masowanie, „wziernikowanie” palcami tkanek pochwy i krocza w II okresie porodu – prowadzi to do silnego przekrwienia tej okolicy i w konsekwencji sprzyja dodatkowym pęknięciom, nawet wówczas, gdy krocze zostanie nacięte. Nieprawidłowe jest również nakłanianie rodzącej do parcia często już od 8 cm (!) lub na początku II okresu porodu. Doprowadza to nie tylko do przedwczesnego wyczerpania jej

sił, ale także do nadmiernego przekrwienia tkanek krocza i pochwy i do pęknięcia lub konieczności nacięcia.

Czasami w II okresie porodu stosuję ciepłe kompresy na krocze lub zachęcam rodzącą, by zanurzyła się w wodzie. Kompres przykładamy wtedy, kiedy kobieta zaczyna mieć uczucie popierania, kiedy główka zaczyna napierać na krocze. Położenie ciepłego okładu daje ulgę i rozluźnia. Działa nie tylko na ciało, ale także hamuje lęk, i wyzwala chęć rodzenia dziecka.

Moje statystyki:

porody ogółem	370 (100%)
bez obrażeń krocza	252 (68,1%)
pęknięcie I stopnia	58 (15,7%)
pęknięcie II stopnia*	10 (2,7%)
nacięcie	50 (13,5%)
skośne **	14 (3,8%)
środkowe ***	36 (9,7%)

* 3 kobiety urodziły przed moim przybyciem ** 2 razy – żylaki sromu, wysokie krocze, 4 razy dziecko powyżej 4-4,5 kg, zaburzenia serca dziecka *** duże blizny po poprzednich porodach, 3 razy na życzenie rodzających

Warto zaznaczyć, że Światowa Organizacja Zdrowia tzw. pęknięcia I stopnia uważa za pęknięcia fizjologiczne. W pozycjach pionowych fizjologicznie pęka trochę skóra i czasem pochwa, przedsionek pochwy, śluzówka. Te pęknięcia bardzo dobrze się szyją i szybko goją.

Agnieszka Herzig, ukończyła Policealne Studium Zawodowe dla Położnych w Krakowie w 1983 roku. Od 1989 roku pracuje na Sali porodowej miejskiego szpitala Wilhelminenspital w Wiedniu (Austria)

Gdy uczyłam się w szkole położnych w Polsce w latach 1980-1983, choć teorii nacinania, ani ochrony krocza w programie nie było, nacinało się krocza u większości kobiet.

Ze sztuką ochrony krocza po raz pierwszy spotkałam się dopiero w Austrii w czasie nostryfikacji dyplomu. Tutaj jest to nieodłączny element prowadzenia porodu. Położne tak kładą ręce na kroczu kobiety, aby je ochraniać przed zbytnim naciskiem ze strony główki dziecka. Stosujemy inną niż w Polsce technikę wytaczania główki i ułożenie rąk położnej w tej fazie porodu. Z mojego doświadczenia wynika jednak, że mniej jest ważne to, w jakim układzie położna kładzie ręce na kroczu rodzącej kobiety. Najważniejsze jest prawidłowe i cierpliwe prowadzenie II okresu porodu. W Austrii nasze koleżanki położne biły nas po

rękach i mówiły „precz z rękami od krocza” aż do momentu, kiedy główka dziecka nie pojawia się na skurczu w rozchyleniu warg sromowych. Nie jest to zresztą austriacka specjalność, tylko stara jak świat zasada, która z różnych powodów zanikła. Pracowałam z perskimi, chilijskimi, węgierskimi położnymi i wszystkie one miały podobne podejście, chcąc ochronić krocze – przede wszystkim nie wolno za wcześnie z kobietą przeć i trzeba pozwolić naturze robić, co jest przewidziane.

W latach 80. w Austrii, podobnie jak teraz w Polsce, prawie każda kobieta rodząca pierwsze dziecko była nacinana. Zmiany zaczęły się pod koniec lat 80. przy oczywistym udziale położnych, środowiska lekarskiego, a także samych kobiet. Pierwszymi orędowniczkami ochrony krocza były położne odbierające porody w domach, dla których ta sztuka była oczywistym elementem ich praktyki. Jeżeli nacinały krocze, po porodzie musiały skontaktować się z lekarzem, także w sprawie szycia i to całą sprawę bardzo komplikowało.

W tej chwili w szpitalu, w którym pracuję, nacięcie krocza stosujemy u 26% wszystkich rodzących, wyłącznie z konieczności – przy patologicznych porodach, w których istnieje konieczność natychmiastowego zakończenia porodu ze względu na zagrożenie dziecka. Gdy stosujemy próżniociąg, a krocze ładnie się napina, zwłaszcza w porodach drugiego i trzeciego dziecka, nie nacinamy. Przy ochronie krocza ogromne znaczenie ma współpraca kobiety z położną w II fazie porodu – sposób oddychania i wstrzymywanie się od parcia, które męczy dziecko i zmniejsza jego zaopatrzenie w tlen. Kobieta rodzi w kucki, na krześle porodowym lub na boku. Ciepłe okłady na krocze przynoszą kobiecie ulgę i rozluźniają. Najważniejsze, by pozwolić, aby sama główka rozmasowała krocze, napinała i rozciągała je.

Katarzyna Oleś, położna od 20 lat, od 1992 roku przyjmuje porody domowe

Kiedy ponad 20 lat temu uczyłam się w szkole położnych, zagadnieniu ochrony krocza przy porodzie nie poświęcano dużo czasu. Sprawa była oczywista: trzeba nacinać, bo to chroni dziecko przed urazami okołoporodowymi i niedotlenieniem, matkę przed pęknięciami, które później mogą powodować wiele poważnych komplikacji, a szyjącemu jest znacznie łatwiej zaopatrzyć nacięcie, które ma równe, dobrze schodzące się brzegi. W podręcznikach również prezentowano to samo stanowisko, więc właściwie nie miałam żadnych wątpliwości, co do korzyści płynących z nacinania krocza. Jeszcze będąc w studium położnych zostałam mamą. Moja córeczka urodziła się w świetnym stanie, była różowa i żywotna, no i miała piękną, okrągłą główkę. Jako jeden z przyczynków do tak udanego porodu uznałam to, że zostałam fachowo nacięta. Zresztą zabieg zupełnie mnie nie bolał, rana nie była duża i świetnie się goiła. Rozumiem więc te położne, które uważają, że nacięcie krocza jest dobrodziejstwem i niezwykłym osiągnięciem cywilizacyjnym.

Pierwsze wątpliwości pojawiły się na ostatnim semestrze studium. Wtedy samodzielnie zaczęłam przyjmować porody – oczywiście pod okiem doświadczonej położnej. Była to osoba „starej szkoły”, która uczyła się zawodu krótko po wojnie, a potem pracowała w izbie porodowej i tej właśnie praktyce zawdzięczała swoje nie całkiem prawomyślne poglądy. Pokazała mi, że nie każde krocze wymaga nacinania i co trzeba zrobić, aby go uniknąć. Nie mogę powiedzieć, abym w szkole zdobyła duże doświadczenie w materii ochrony krocza, bo robiłam to tylko kilka razy, ale przynajmniej wiedziałam, że nie jest to bezwzględna konieczność. Kiedy po dyplomie poszłam do pracy mogłam już na własne konto podejmować decyzje o tym czy nacinać, czy nie. W razie niepowodzenia było się jednak narażonym na bardzo nieprzyjemne komentarze, i myślę, że do dzisiaj jest to jeden z powodów, dla których położne unikają chronienia krocza. Teraz, po kilkunastu latach samodzielnej pracy przy porodach domowych, mogę z całą pewnością stwierdzić, że ochrona krocza nie polega na aktywnym stosowaniu jakiejś konkretnej, uniwersalnej techniki manualnej, ale zmianie podejścia do rodzenia.

W czasie porodu najważniejsze dla mnie jest, aby mama miała swobodę poruszania się. Tylko wtedy jestem pewna, że podąży za swoim instynktem i wybierze najlepszą dla siebie pozycję. Kąpiel lub długi natrysk powodują, że tkanki krocza uelastyczniają się. Podobny efekt można uzyskać stosując ciepłe okłady z naparu lawendy, rumianku albo kawy (między skurczami w II okresie porodu).

Kluczowe znaczenie ma postępowanie w czasie parcia. Kiedy odbywa się ono w spionizowanej pozycji główka wpasowuje się centralnie w szparę sromową, a nie z całym impetem napiera na tkanki krocza, co dzieje się, kiedy rodząca leży na plecach, albo jest w półsiedzącej pozycji. Mamy nie powinno się zachęcać do parcia (raczej wręcz przeciwnie). Główka przechodzi wtedy przez krocze wolniutko stopniowo adaptując tkanki. W większości takich porodów nie trzeba robić nic poza obserwowaniem rozwoju wypadków (ręka tylko na wszelki wypadek ułożona pod rodzącą się główką, żeby w razie konieczności interweniować i zapobiec zbyt gwałtownemu porodowi). Zwykle dużym zaskoczeniem dla położnej, która uczestniczyła wyłącznie w porodach odbywanych „na leżąco” jest to, że w pozycjach wertykalnych barki rotują się same, bez żadnej pomocy z zewnątrz – rola asysty ogranicza się jedynie do ich podtrzymania w razie potrzeby. W efekcie rzadko zdarza się uszkodzenie krocza przez rodzący się bark.

Co jednak, jeśli pomimo starań widzę, że może dojść do urazu? Dziecko jest bardzo duże, krocze wysokie, niski kąt podłonowy, mało elastyczna blizna po poprzednim porodzie? Wtedy właśnie należy podjąć decyzję o nacięciu krocza. Musimy pamiętać, aby zawsze naczelną zasadą pozostawało bezpieczeństwo mamy i malucha. Rozważyć natomiast należy, jakiego nacięcia dokonać - czy w linii do odbytu (środkowego) czy, zwyczajowo

stosowanego w Polsce, w stronę guza kulszowego (bocznego). Ze swoich doświadczeń mogę powiedzieć, że nacięcie środkowe w pozycjach wertykalnych nie stanowi większego zagrożenia pęknięciem III lub IV stopnia, mniej krwawi, jest łatwiejsze do zaopatrzenia, dobrze się goi i jest znacznie mniej dokuczliwe dla kobiety. To samo można powiedzieć o naturalnych pęknięciach, które zdarzają się podczas porodów z ochroną krocza, ponieważ zawsze biegną one w linii środkowej.

Co sprzyja ochronie krocza?

1. Masaż krocza w ciąży

- Kobieta przygotowująca się do porodu masaż może rozpocząć już w połowie ciąży. Powinien być wykonywany regularnie, zwłaszcza w ostatnich 2 miesiącach ciąży. W przypadku infekcji pochwy nie stosować masażu, aż do wyleczenia.
- Do masażu można stosować naturalne oleje: z oliwek, awokado, kielków pszenicy, słodkich migdałów, które ułatwiają masowanie i uelastyczniają tkanki. Do olejku można dodać kilka kropli wit. E. w płynie.
- Najwygodniejsze pozycje do masażu to albo klęk na jednym kolanie z drugą nogą lekko odwiedzioną i opartą stopą o podłogę, albo pozycja stojąca z nogą opartą np. o krzesło.
- Odrobinę olejku wylać na dłoń, ocieplić. Jednym palcem nanieść olejek na obszar wejścia do pochwy i na wargi sromowe od wewnątrz, i wykonywać delikatne ruchy okrężne wokół pochwy. Gdy olejek jest już wchłonięty przez śluzówkę, włożyć opuszkę palca do pochwy i uciskać jej dolny brzeg (w kierunku odbytu) w środku i na zewnątrz, do momentu, w którym czuć pieczenie. Nie naciskać więcej, poczekać, aż pieczenie ustanie. W ten sposób zwiększa się odporność na ból i uczucie rozciągania w okolicach pochwy. Masaż należy wykonywać regularnie w ten sam sposób przez kilka dni, a następnie dołączyć do masowania drugi palec. W zależności od samopoczucia należy dojść do masowania czterema palcami – wtedy krocze może się rozciągnąć już do 2/3 wielkości główki noworodka.

2. Ćwiczenia Kegla

Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być wykonywane przez kobietę już we wczesnych miesiącach ciąży. Mają na celu naukę kontrolowania – a więc napinania i rozluźniania – mięśni miednicy mniejszej. Wzmocnione i bardziej elastyczne mięśnie ułatwiają poród, zapobiegają opuszczaniu się narządów i wysiłkowemu nietrzymaniu moczu. Należy napiąć mięśnie krocza i odbytu, utrzymać je tak przez 10 sek., rozluźnić się i odpocząć. Ćwiczenia warto wykonywać regularnie aż do porodu w różnych pozycjach, kilkadziesiąt razy w ciągu dnia.

3. Wertykalne pozycje porodowe

Badania naukowe potwierdzają, że w porodach w pozycjach spionizowanych rzadziej zachodzi konieczność nacięcia krocza. Dzieje się tak z kilku powodów:

- Poród przebiega sprawniej, szybciej rozwiera się szyjka macicy, lepsze jest dotlenienie dziecka, co sprawia, że rzadziej dochodzi do konieczności szybszego ukończenia porodu (Roberts 1983, Diaz et al. 1980).
- nacisk główki na tkanki krocza jest równomierny, pozycja leżąca jest nieadekwatna do anatomicznej budowy kanału rodnego - sprawia, że kobieta wypycha dziecko "pod górę", wbrew sile ciężenia (Notelovitz 1978).
- w pozycjach pionowych kość ogonowa, guziczna odchyła się nawet o 30% w stosunku do swojego położenia w pozycji leżącej (Balaskas 1997), tym samym poszerzając otwór dolny miednicy.

Pielęgnacja krocza po porodzie

Bez względu na to, czy krocze uległo urazowi, czy nie, warto przestrzegać kilku zasad:

- Jeszcze przed urodzeniem się łożyska warto poprosić kobietę o wykonanie serii ćwiczeń Kegla. Rytmiczne skurcze mięśni są dobrym początkiem dla procesów regeneracji i utrzymania elastyczności rozciągniętych w trakcie porodu tkanek.
- przynajmniej przez okres połogu, kobieta powinna unikać podnoszenia ciężarów (dźwigania wypełnionej woda wanienki, wózka, zakupów). Należy także unikać wykonywania prac domowych wymagających długiego pochylania się - jak na przykład odkurzanie dywanów. Nieprzestrzeganie tych zaleceń może mieć poważne konsekwencje – mięśnie miednicy mniejszej i więzadła macicy mogą nigdy nie wrócić do stanu poprzedniej elastyczności – powodując dolegliwości przypisywane porodom z ochroną krocza, czyli obniżenie się narządu rodnego i nietrzymanie moczu.
- Regularne ćwiczenia Kegla warto wykonywać po porodzie, aby uelastyczyć rozciągnięte w czasie ciąży tkanki.

Pielęgnacja naciętego lub pękniętego krocza:

- Wkładki higieniczne powinny być bawełniane, bowiem często zdarza się, że te z siateczką na powierzchni są przyczyną bolesnych odparzeń i trudności w gojeniu się. Powinno się je często zmieniać.
- Ranę należy co jakiś czas wietrzyć, a do osuszania jej po kąpieli używać suszarki do włosów.
- Po każdym oddaniu moczu i stolca należy krocze zmyć wodą bez środków myjących.
- Jeśli krocze jest spuchnięte, można przykładać zimne okłady.
- Do podmywania i spłukiwania gojącego się krocza można używać: naparu z nagietka, kory dębu, lub arniki, olejku lawendowego (3 krople olejku rozpuszczone w małej ilości mleka i w 1 litrze wody), olejku herbacianego (kilka kropel na 3 litry wody), balsamu Szostakowskiego (do kupienia w aptece), roztworu Tantum Rosa (do kupienia w saszetkach w aptece). Gdyby rana była bolesna i nie goiła się warto spróbować płukania jej 10% NaCl.
- Należy unikać nasiadówek, ponieważ mogą przyspieszyć rozpuszczanie się szwów.
- Ze środków homeopatycznych w tym okresie warto stosować Arnica 5 lub 9 CH (3 razy dziennie 5 granulek).

Bibliografia:

Balaskas J. 1997, Poród aktywny, Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa

Buekens et al. 1985, Episiotomy and third degree tears, *Br J Obstet Gynecol*, vol. 92, pp. 820-823

Borgatta, L., Piening, S.L., Cohen, W.R. 1989, Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women, *Am J Obstet Gynecol*, 160(2): 294 – 297

Borghi J. et al. 2002, The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina, *Am J Obstet Gynecol*, 186(2):221-8

Brus E. 2001, Get Through Childbirth in One Piece! How to Prevent Episiotomies and Tearing, Writers Club Press

Ciszek V. i in. 1996, Nacięcie krocza – uwarunkowania psychosomatyczne, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, Suplement XIII, pp. 69-72

Delie J.B. 1913, Principles and Practices of Obstetrics, W.B.Saunders, Philadelphia

Diaz et al. 1980, Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome, *Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 11, pp. 1-7

Eason E., Labrecque M., Wells G., Feldman P. 2000, Zapobieganie urazom krocza w czasie porodu, *Med Praktyczna Ginekologia i Położnictwo*, vol.6

Eberhard J., Geissbuhler V. 2000, Influence of alternative birth methods on traditional birth management, *Fetal Diagn Ther*, Sep-Oct;15(5):283-90

Enkin M. et al. 2000, A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford University Press

Haadem K. et al. 1987, Anal sphincter function after delivery rupture, *Obstet Gynecol* 70(1):53-56

Hofmeyr, G.J., Sonneedecker, EM. 1987, Elective episiotomy in perspective, *S Af Med J*, 71(6): 357 - 359

Goer Henci 1995, Obstetric myths versus research realities: a guide to the medical literature, Bergin&Garvey, Wesport, London

Goer Henci 1999, The Thinking Woman's Guide to a Better Birth, A Perigee Book, The Berkley Publishing Group

Graham Ian D. 1997, Episiotomy - Challenging Obsteric Interventions, Blackwell Science Ltd.

Graham Ian D. et al. 2005, Episiotomy Rates Around the World: An Update, *Birth*, Vol. 32, Issue 3, p. 219

Kitzinger S. 1990, Episiotomy and the Second Stage of Labour, Seattle, WA: Penny Press

- Klein M.C., Kaczorowski J., Robbins J.M., Gauthier R.J., Jorgensen S. H., Joshi A.K. 1995, Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care, *Can Med Assoc J*, 153:769-779
- McGuinness M., Norr K., Nacion, K. 1991, Comparison between different perineal outcomes on tissues healing, *Journal of Nurse Midwifery*, 36(3):192 - 198
- Notelovitz M. 1978, Commentary on maternal position in labor and birth, *ICEA Review*, vol. 2, pp. 6-7
- Reynolds J.L., Yudkin P.L. 1987, Changes in the management of labour: 2. Perineal management, *Can Med. Assoc J* 136(10):1045-1049
- Roberts J. 1983, The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency, *Birth and Family Journal*, vol. 10, pp. 243-249
- Robinson J.N., Norwitz E.R., Cohen A.P., Lieberman E. 2000, Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery, *Obstet Gynecol*, 96 (2):214-8
- Rockner G., Jonasson A., Olund A. 1991, The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor strength evaluated with vaginal cones, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 70(1): 51- 54
- Sarfati R., Marechaud M., Magnin G. 1999, Comparaison des deperditions sanguines lors des cesariennes et lors des accouchements par voie basse avec episiotomie, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Vol. 28, 48-54
- Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K., Repke J.T. 2001, Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women, *Am J Obstet Gynecol*, 184(5):881-90
- Thacker S., Banta H.D. 1983, Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860 – 1980, *Obstet & Genecol Survey*, vol. 38, pp. 322-338
- The TG 1990, Is routine episiotomy beneficial in the low birth weight delivery? *Int J Gynaecol Obstet*;31(2):135-140
- Thorp J.M. et al.1987, Selected use of midline episiotomy: effect on perineal trauma, *Obstet Gynecol* 70(2):260-262
- Thorp J.M., Bowes W.A. 1989, Episiotomy: Can its routine use be defended?, *Am J Obstet Gynecol* 160(5 Pt 1): 1027 - 1030
- Wagner, M.1994, Pursuing the birth machine, The Search for Appropriate Birth Technology, ACE Graphics, Camperdown
- WHO 1985, Poród nie jest chorobą
- WHO 1997, Care in normal birth: report of the technical working group, WHO/FRH/MSM/96.24