

UDC: 616.18-089.888.18

[https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(150\).2024.52-59](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(150).2024.52-59)

Received: April 12, 2024

Accepted: August 14, 2024

Епізіотомія у сучасному акушерстві

Юлія Вензовська¹, Василь Бенюк², Тетяна Ковалюк², Лілія Ластовецька²,
Олена Щерба²

¹Студент, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Кафедра акушерства і гінекології №3, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Address for correspondence:

Olena Shcherba

E-mail: sherbaelena@ukr.net

Анотація: *пологова травма промежини є актуальною проблемою сучасного акушерства. Одним з методів профілактики важкої пологової травми промежини є епізіотомія. Епізіотомія – це хірургічна процедура розширення вагінального отвору шляхом розрізу промежини під час другого періоду пологів з метою прискорення і полегшення народження плода при вагінальних пологах. Надмірне використання епізіотомії й досі лишається значною проблемою українського акушерства. У статті наведено літературний огляд, мета-аналізи та результати окремих досліджень щодо застосування даної процедури в сучасних умовах. Попри те, що використання епізіотомії в сучасному акушерстві обмежується, існують випадки, коли її варто розглядати. Ситуації, в яких вона може бути корисною, включають необхідність прискорених вагінальних пологів, оперативних вагінальних пологів з використанням вакуум-екстракції та накладання акушерських щипців, а також при дистоції плечиків плода, обрізанні жіночих статевих органів в анамнезі. Наведено види епізіотомних розрізів. Найбільш широкого використання набули такі різновиди епізіотомії, як серединна і медіолатеральна, яка не підвищує ризик розриву анального сфінктера. Вказується, що для вибору методу розрізу важливо зважати на їхні ризики та переваги. Надано рекомендації щодо відмови від виконання рутинної епізіотомії для жінок, які народжують вагінальним шляхом, а рішення про її виконання має прийматися на індивідуальній основі. Рішення про доцільність виконання епізіотомії значною мірою залежить від клінічної картини в другому періоді пологів та думки лікаря, який приймає пологи. Проведений аналіз показав, що в сучасному акушерстві епізіотомія не втратила своєї актуальності. Однак, епізіотомія може бути пов'язана з вищим рівнем важкої травми промежини та раньових ускладнень. Таким чином, для жінок, які народжують вагінальним шляхом рекомендується відмовитися від рутинного виконання епізіотомії. Рішення про виконання епізіотомії приймається на індивідуальній основі.*

Ключові слова: акушерські операції, епізіотомія, методики, промежина, травма.

Вступ

Пологова травма промежини є актуальною проблемою сучасного акушерства. До неї відносять пошкодження шкіри, м'язів промежини, а також анального сфінктера та анального епітелію під час пологів. Поширеність таких травм не зменшується і становить 0,25–6%, при цьому – серед першонароджуючих жінок – 1,4–16%, жінок, що народжують повторно – 0,4–2,7% (Thubert & Cardaillac, 2018). Одним з методів профілактики важкої пологової травми промежини є епізіотомія. Надмірне використання епізіотомії й досі лишається значною проблемою українського акушерства. Відсутність єдності думок серед медичних працівників спонукало нас вивчити стан даної проблеми.

Епізіотомія – це хірургічна процедура розширення вагінального отвору шляхом розрізу промежини під час другого періоду пологів з метою прискорення і полегшення народження плода при вагінальних пологах (Carroli & Mignini, 2009).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВОЗ) у 1996 році рекомендувала частоту епізіотомії на рівні 10% (Carroli & Mignini, 2009). З часу прийняття цієї рекомендації частота епізіотомії у світі загалом знизилася. У Канаді частота епізіотомії знизилася як при хірургічних, так і при спонтанних вагінальних пологах (з 53% до 43% і з 13,5% до 6,5% відповідно з 2004 по 2017 рік), тоді як у США частота епізіотомії знизилася з 17,3% у 2006 році до 5,2% до 2020 року (Friedman & Ananth, 2015, Leapfrog Group, 2020, Muraca & Liu, 2019).

В наш час з'являється все більше інформації про те, що рутинне застосування епізіотомії більше не рекомендується через відсутність об'єктивної доказової бази (ступінь доказовості 1B), яка підтверджує користь або визначає критерії для її використання та через збільшення кількості ускладнень, пов'язаних із застосуванням цієї процедури (Jiang & Qian, 2017, NICE Guidelines, 2014).

Так, у мета-аналізі 12 досліджень, в яких обстежено 5375 жінок, порівнювали використання епізіотомії за показаннями із рутинним використанням у жінок, які очікують на

вагінальні пологи без допомоги хірургічної допомоги лікаря, описали, що обмежена у використанні епізіотомія зменшила кількість жінок, які зазнали тяжкої травми промежини або піхви на 30% (співвідношення шансів (OR) 0,70, 95% DI 0,52-0,94). У даному дослідженні не було виявлено відмінностей між групами щодо болю в промежині на третій післяпологовий день, а також довготривалої (> 6 місяців) диспареунії, нетримання сечі, генітального пролапсу (ACOG, 2018).

Мета

Проаналізувати дані літературних джерел щодо пологової травми промежини та епізіотомії.

Матеріали та методи

Огляд літератури було здійснено з використанням пошукових систем на платформах PubMed та Google Scholar, реферативної бази даних наукової літератури Scopus. Проводився пошук статей з використанням англійської та української мов. За допомогою бібліографічних та аналітичних методів проаналізовано літературні джерела.

Огляд і обговорення

Історичні дані вказують, що рутинне використання епізіотомії мало кілька переваг; проте сучасні докази ефективності цього методу в рутинному використанні не підтверджують ці судження (Bottoms, 1995, Hale & Ling, 2007, Klein & Gauthier, 1992, Klein & Gauthier, 1994, Okusanya & Oduwole, 2017, Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020, Röckner & Jonasson, 1991, Sartore & De Seta, 2004, Woolley, 1995), а саме:

1) **Зменшення інтранатальних травм голівки плода.** Раніше епізіотомія рекомендувалася для зменшення ризику внутрішньошлуночкових кровотеч під час передчасних пологів, на сьогоднішній день відсутні докази того, що це втручання є ефективним на рутинній основі.

2) **Швидкість загоєння рани та відновлення породіллі.** Історично існували судження, що хірургічний розріз легше контролювати і, відповідно, відновлювати цілісність тканин за допомогою зшивання рани, також, таке відновлення буде анатомічно правильним у порівнянні зі спонтанним розривом, і, отже,

можливо, призведе до зменшення довгострокових ускладнень. За відсутності розширення епізіотомії розріз легше відновити, ніж більшість нерівних спонтанних глибоких розривів другого ступеня. Однак даних, які демонструють покращення віддалених результатів епізіотомії недостатньо.

3) Захист м'язів тазового дна та фасціальної фіксації. Епізіотомія не гарантує збереження міцності тазового дна та може призвести до ослаблення мускулатури тазового дна порівняно зі спонтанним розривом. Крім того, ані серединна, ані медіолатеральна епізіотомії не захищають від майбутнього нетримання сечі чи калу порівняно зі спонтанними вагінальними пологами.

4) Профілактика розриву анального сфінктера. Набуває широкого розповсюдження обговорення питання, чи серединна епізіотомія профілактує розрив анального сфінктера, чи навпаки призводить до збільшення частоти важких розривів промежини (III і IV ступеню).

В іншому мета-аналізі 22 обсерваційних досліджень, який було виконано у 2014 році, і включав понад 651 000 жінок, із них 2,4% з важкими розривами, серединна епізіотомія була пов'язана з майже чотириразовим підвищенням ризику розривів промежини третього або четвертого ступеня (OR 3,82, 95% ДІ 1,96-7,42), але медіолатеральна епізіотомія не збільшувала цей ризик (OR 1,72, 95% ДІ 0,81-3,65) (Pergialiotis & Vlachos, 2014).

Мета-аналіз від 2020 року, що включав 43 дослідження та 716 000 жінок (із них 3,1% з важкими розривами промежини) повідомив про підвищений ризик розриву анального сфінктера при серединній епізіотомії (OR 2,88, 95% ДІ 1,79-4,65), але не при медіолатеральній епізіотомії (OR 1,55, 95% ДІ 0,95-2,53) (Pergialiotis & Bellos, 2020).

Однак публікація 2019 року, в якій розглядаються дані, отримані на основі досліджень проведених після 2000 року, підтверджує більш вільне використання латеральної або медіолатеральної епізіотомії, зокрема при оперативних вагінальних пологах для зменшення розривів анального сфінктера (Sultan & Thakar, 2019).

5) Профілактика дистогії плечиків плода. Систематизований огляд 14 досліджень, які містили понад 9700 випадків дистогії плечиків плода, свідчить, що лише одне дослідження оцінювало вплив епізіотомії на запобігання дистогії плечей плода, і його результат не був значущим. На основі даної інформації впливає, що епізіотомія не призводить до запобігання дистогії плечиків плода (Sagi-Dain & Sagi, 2015).

Розглядаючи можливість використання епізіотомії, слід зважати на потенційні переваги та можливі побічні ефекти, такі як:

- Самовільне розширення розрізу, що призводить до розривів третього та четвертого ступеня, особливо при серединній епізіотомії (Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020, vanBavel & Hukkelhoven, 2018).
- Ризик незадовільних анатомічних результатів (наприклад рубців на шкірі, асиметрії, фістул, звуження вагінального отвору) (vanBavel & Hukkelhoven, 2018).
- Збільшення крововтрати (MacLeod & Strachan, 2008).
- Збільшення ризиків інфікування та розходження країв рани (MacLeod & Strachan, 2008).
- Підвищення ризику важкого розриву промежини під час наступних пологів (Alperin & Krohn, 2008).

Попри те, що використання епізіотомії в сучасному акушерстві обмежується, існують випадки, коли її варто розглядати. Переважна більшість сучасних дослідників вважає, що рішення про доцільність проведення даної хірургічної процедури має базуватися на клінічній картині перебігу пологів та думки лікаря акушера-гінеколога, який приймає пологи. Також вказується на відсутність особливих обставин, які вимагають виконання епізіотомії. У разі, якщо лікар переконаний, що розширення пологових шляхів полегшить пологи та буде корисним для матері або дитини та гарантує, що показання проведення епізіотомії переважають над ризиками, то проведення епізіотомії рекомендується (Alperin & Krohn, 2008, Fitzgerald & Weber, 2007, Gayle & Rymer, 2016, Gudu & Abdulahi, 2017, Kudish

& Blackwell, 2006, Macleod & Strachan, 2008, Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020, Sagi-Dain & Sagi, 2015, Sultan & Thakar, 2019, vanBavel & Hukkelhoven, 2018).

Наводимо основні приклади доцільності виконання цієї операції:

1. Необхідність швидкого розродження.

Епізіотомія може бути рекомендованою в ситуаціях, коли бажано прискорене народження плода під час другого періоду пологів, наприклад, при дистресі плода в другому періоді пологів якщо промежина є перешкодою до народження плода.

2. **Оперативні вагінальні пологи.** Епізіотомію рекомендують використовувати з метою полегшення розміщення щипців або вакуум-екстрактора у жінок із вузьким вихідним отвором піхви. Не рекомендується виконання серединної епізіотомії під час оперативних вагінальних пологів, оскільки вона втричі збільшує ризик травми анального сфінктера. Також за даними спостережень встановлено, що пологи з використанням щипців мають вищий рівень пошкодження анального сфінктера порівняно з нормальними вагінальними пологами або пологами з використанням вакуум-екстракції плода, а користь від медіолатеральної або латеральної епізіотомії переважає.

3. **Дистоція плечиків плода.** Існують твердження, що в окремих випадках дистопії плечиків плода, епізіотомія може збільшити простір для проведення маніпуляцій руками лікаря і, таким чином, полегшити виведення заднього плечика, але не запобігає дистопії плечиків і не звільняє переднє плечико плода. Сучасні літературні джерела вказують, що рутинне використання епізіотомії для лікування дистопії плечиків плода не рекомендується, доки не буде отримано більше даних рандомізованих досліджень для визначення балансу користі та шкоди.

4. **Обрізання жіночих статевих органів в анамнезі (великих та малих статевих губ і клітора).** Жінки з обрізанням жіночих статевих органів частіше потребують епізіотомії, або, принаймні, лікарі розглядають епізіотомію під час пологів, особливо з інфібуляцією типу III. Ступінь або тип жіночого обрізання може призвести до значного звуження вагі-

нального отвору або навіть до утворення тканинної перетинки, яка його перекриває. Це може ускладнити, обмежити або повністю виключити можливість проведення вагінальних досліджень під час пологів; призвести до дистопії м'яких тканин під час пологів. У пацієнтки після обрізання жіночих статевих органів відмічається підвищений ризик передніх вагінальних, лабіальних або уретральних розривів під час пологів. Для цих жінок епізіотомія може бути передньою, стандартною задньою, або обома способами (комбінації розрізів) (Alperin & Krohn, 2008, Fitzgerald & Weber, 2007, Gayle & Rymer, 2016, Gudu & Abdulahi, 2017, Kudish & Blackwell, 2006, Macleod & Strachan, 2008, Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020, Sagi-Dain & Sagi, 2015, Sultan & Thakar, 2019, vanBavel & Hukkelhoven, 2018).

Для вибору методу розрізу при проведенні епізіотомії важливо зважати на їхні ризики та переваги. Найбільш широкого використання набули такі різновиди епізіотомії, як серединна і медіолатеральна (ACOG, 2016). Інші розрізи менш поширені і включають тип J- і T-форму, а також латеральний та передній розрізи (RCOG, 2011).

Серединна епізіотомія починається в межах 3 мм від середньої лінії задньої комісури і продовжується вниз між 0 і 25 градусами сагітальної площини. Серединна епізіотомія частіше виконується в Сполучених Штатах Америки (ACOG, 2016).

Медіолатеральна або середньобічна епізіотомія починається в межах 3 мм від середньої лінії задньої комісури і спрямована латерально під кутом щонайменше 60 градусів від середньої лінії до сідничного бугра. Медіолатеральна епізіотомія переважно застосовується в країнах Європи (ACOG, 2016).

J-розріз менше розповсюджений. Розріз також починається від задньої комісури, спочатку розширюється поздовжньо по середній лінії, а потім виконується згин збоку під кутом, подібним до літери J. Розрізаються анатомічні структури, включаючи слизову піхви, основу промежини та місце з'єднання основи промежини з цибулинно-печеристим м'язом, шкіра промежини. Цей метод є фактично ком-

бінацією попередніх методик і може об'єднати їх переваги та зменшити недоліки, але дані, які підтверджують перевагу використання цього методу відсутні (ACOG, 2016)

Існують різні модифікації наведених вище методів, яким можуть надавати перевагу практикуючі лікарі залежно від особистого досвіду (RCOG, 2011):

Т-епізiotомія є модифікацією серединної епізiotомії, при якій двосторонні поперечні розрізи робляться на нижній верхівці для створення перевернутого Т-подібного розрізу. Ця процедура збільшує площу вагінального отвору більше, ніж лише серединна епізiotомія.

Латеральна епізiotомія також за основу має медіолатеральний кут, але розріз бере початок між 7-8 годиною або 4-5 годиною, а не в традиційному положенні на 6 годині.

Передня епізiotомія описується як деінфібуляція (або дефібуляція). Показана виключно у випадку попереднього жіночого обрізання. Зрощені малі статеві губи розрізають по середній лінії в напрямку до лобка, щоб відкрити зовнішній хід уретри. Не рекомендується надрізати залишки клітора.

Серединна епізiotомія порівняно з медіолатеральною має ряд недоліків, описаних в сучасних рандомізованих дослідженнях. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), віддають перевагу медіолатеральній епізiotомії, оскільки вона не підвищує ризик розриву анального сфінктера (патологічних акушерських розривів III та IV ступеня), на відміну від серединної епізiotомії (NICE Guidelines, 2014, Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020). Для того, щоб обмежити розрив анального сфінктера, Королівський коледж акушерів і гінекологів (RCOG) рекомендує медіолатеральний розріз під час епізiotомії, а Американський коледж акушерів і гінекологів стверджує, що медіолатеральна епізiotомія може бути кращою, ніж серединна епізiotомія в окремих випадках. RCOG рекомендує розглянути можливість проведення медіолатеральної епізiotомії під час інструментальних пологів, оскільки це може мати захисний ефект (ACOG, 2016, RCOG, 2011).

При виборі серединної чи медіолатеральної епізiotомії варто враховувати ризики кож-

ної методики. Середина епізiotомія пов'язана з вищим ризиком розриву анального сфінктера, ніж медіолатеральна епізiotомія (ступінь доказовості 2C) (Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020). Медіолатеральна епізiotомія пов'язана зі збільшенням крововтрати (Stones & Paterson, 1993). Крім того, історично вважалося, що медіолатеральна епізiotомія призводить до посилення болю в промежині та диспареунії. Однак, незважаючи на наявність суперечливих даних, існують докази, які вказують, що немає відмінностей у вираженості болю між двома процедурами. Слід зазначити, що сама травма анального сфінктера була пов'язана з посиленням болю в промежині (Pergialiotis & Vlachos, 2014, Pergialiotis & Bellos, 2020).

Також слід відмітити поширені ускладнення, асоційовані з проведенням епізiotомії [Bottoms, 1995]: інфекція; гематома; розриви промежини третього і четвертого ступеня; целюліт; розходження країв рани; абсцес; диспареунія; змінена статева функція; післяпологовий біль у промежині; нетримання: сечі, калу, газів; ректовагінальні нориці; порушення провідності статевого нерва; некротичний фасціт.

Отже, родорозрішення з використанням епізiotомії може бути корисним в певних клінічних ситуаціях. Рішення про доцільність проведення епізiotомії значною мірою залежить від клінічної ситуації в другому періоді пологів та думки лікаря акушера-гінеколога, який приймає пологи. Немає конкретних ситуацій, у яких є необхідність епізiotомії. Випадки, в яких дана процедура може бути корисною, включають необхідність прискорених вагінальних пологів, оперативних пологів з використанням вакуум-екстракції та накладанням акушерських щипців, при дистоції плечиків плода (Fitzgerald & Weber, 2007, Gayle & Rymer, 2016, Gudu & Abdulahi, 2017, Kudish & Blackwell, 2006).

Висновки

Проведений аналіз показав, що в сучасному акушерстві епізiotомія не втратила своєї актуальності. Однак, епізiotомія може бути пов'язана з вищим рівнем важкої травми промежини та ранових ускладнень. Тому, для

жінок, які народжують вагінальним шляхом, рекомендується відмовитися від рутинного виконання епісіотомії. Рішення про виконання епісіотомії приймається на індивідуальній або обмеженій основі.

Фінансування

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування

Конфлікт інтересів

Автори засвідчують відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію

Оскільки дане дослідження передбачає аналіз та узагальнення опублікованих літературних джерел і не передбачало залучення пацієнтів – згода на публікацію не отримувалась. Всі автори ознайомлені з текстом рукопису і надали згоду на його публікацію.

ORCID ID та внесок авторів

[0009-0001-1307-5760](https://orcid.org/0009-0001-1307-5760) (B, C, D) Yulia Venzovska

[0000-0002-5984-3307](https://orcid.org/0000-0002-5984-3307) (A, E, F) Vasyli Beniuk

[0000-0001-9339-881X](https://orcid.org/0000-0001-9339-881X) (B, E) Tetiana Kovalyuk

[0000-0002-1085-6457](https://orcid.org/0000-0002-1085-6457) (A, D) Liliia Lastovetska

[0000-0002-8776-4403](https://orcid.org/0000-0002-8776-4403) (B, C, D) Olena Shcherba

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of article.

ЛІТЕРАТУРА

Alperin M, Krohn MA, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *ObstetGynecol* 2008; 111(6):1274-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816de899.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *ObstetGynecol* 2016; 128(1):e1-e15. doi: 10.1097/AOG.0000000000001523.

Bottoms S. Delivery of the premature infant. *ClinObstetGynecol* 1995;38(4):780-9. doi: 10.1097/00003081-199538040-00012.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009Jan 21;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. PMID: 19160176; PMCID: PMC4175536

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *ObstetGynecol* 2018;132(3):e87-e102. doi: 10.1097/AOG.0000000000002841.Reaffirmed 2022.

Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, et al. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *ObstetGynecol* 2007; 109(1):29-34. doi: 10.1097/01.AOG.0000242616.56617.ff.

Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, et al. Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA* 2015;313(2):197-9. doi: 10.1001/jama.2014.14774.

Gayle C, Rymer J. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. *Br J Nurs* 2016; 25(17):978-983. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.978.

Gudu W, Abdulahi M. Labor, delivery and postpartum complications in nulliparous women with female genital mutilation admitted to karamara hospital. *Ethiop Med J* 2017;55(1):11-7.

Hale RW, Ling FW. Episiotomy: Procedure and repair techniques. American College of Obstetricians and Gynecologists; Washington, DC, 2007; 24(4):6-11.

Healthy Moms, Healthy Babies: Hospital Performance on Leapfrog's Maternity Care Standards Based on Results of the 2020 Leapfrog Hospital Survey. The Leapfrog Group. https://www.leapfroggroup.org/sites/default/files/Files/2021%20Maternity%20Report_Final_1.pdf (Accessed on February 14, 2022).

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation. *Online J CurrClin Trials* 1992;Doc No 10:[6019 words; 65 paragraphs]. doi: 10.1097/00006254-199404000-00008.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J ObstetGynecol* 1994;171(3):591-8. doi: 10.1016/0002-9378(94)90070-1.

Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J ObstetGynecol* 2006; 195(3):749-54. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.078.

Macleod M, Strachan B, Bahl R, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115(13): 1688-94. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01961.x.

Muraca GM, Liu S, Sabr Y, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ* 2019; 191(42): E1149–E1158. doi: 10.1503/cmaj.190366.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Guidelines[CG190], National Institute for Health and Care Excellence, 2014; 349:g6886. doi: 10.1136/bmj.g6886.

Okusanya BO, Oduwole O, Nwachuku N, Meremikwu MM. Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *Int J GynaecolObstet* 2017;136 Suppl 1:13-20. doi: 10.1002/ijgo.12056.

Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J GynaecolObstet* 2014;125(1):6-14. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.034.

Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, et al. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 247:94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.025.

Röckner G, Jonasson A, Olund A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70:51. doi: 10.3109/00016349109006178.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top guideline No. 26: Operative vaginal delivery, 2011; 127(9):e70-e112. doi: 10.1111/1471-0528.16092. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg26.pdf> (Accessed on August 03, 2016).

Sagi-Dain L, Sagi S. The role of episiotomy in prevention and management of shoulder dystocia: a systematic review. *ObstetGynecolSurv* 2015; 70(5):354-62. doi: 10.1097/OGX.0000000000000179.

Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *ObstetGynecol* 2004;103(4):669-673 doi: 10.1097.01.aog.0000119223.04441.c9.

Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1993; 48(1):15-8. doi: 10.1016/0028-2243(93)90047-g.

Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;240:192-196. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.07.005.

Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018;46(12):913-21. doi: 10.1016/j.gofs.2018.10.028.

vanBavel J, Hukkelhoven CWPM, de Vries C, et al. The effectiveness of mediolateral episiotomy in preventing obstetric anal sphincter injuries during operative vaginal delivery: a ten-year analysis of a national registry. *IntUrogynecol J* 2018; 29(3):407-413. doi: 10.1007/s00192-017-3422-4.

Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *ObstetGynecolSurv* 1995; 50(11):821-35. doi:10.1097/00006254-199511000-00021.

Episiotomy in modern obstetrics

Yulia Venzovska¹, Vasyl Beniuk², Tetiana Kovaliuk², Liliia Lastovetska², Olena Shcherba²

¹Student, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Department of Obstetrics and Gynecology №3, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Address for correspondence:

Olena Shcherba

E-mail: sherbaelena@ukr.net

Abstract: *perineal trauma is an urgent problem of modern obstetrics. Episiotomy is one of the methods of prevention of severe perineal trauma during childbirth. Episiotomy is a surgical procedure to dilate the vaginal opening by cutting the perineum during the second period of labor in order to accelerate*

and facilitate the birth of the fetus during vaginal delivery. The overuse of episiotomy is still a significant problem in Ukrainian obstetrics. The article presents a literature review, meta-analyses and results of individual studies on the use of this procedure in modern conditions. Despite the fact that the use of episiotomy in modern obstetrics is limited, there are cases when it should be considered. Situations in which it can be useful include the need for accelerated vaginal delivery, operative vaginal delivery using vacuum extraction and obstetric forceps, as well as fetal shoulder dystocia, and a history of female genital mutilation. Types of episiotomy incisions are given. The most widely used types of episiotomy are median and mediolateral, which do not increase the risk of anal sphincter rupture. It is indicated that it is important to consider their risks and benefits when choosing an incision method. Recommendations are given for refusing to perform routine episiotomy for women who give birth vaginally, and the decision to perform it should be made on an individual basis, not routinely. The decision to perform an episiotomy largely depends on the clinical picture in the second period of labor and the opinion of the attending physician. The analysis showed that episiotomy has not lost its relevance in modern obstetrics. However, episiotomy may be associated with a higher rate of severe perineal trauma and wound complications. Thus, for women who give birth vaginally, it is recommended to refuse routine episiotomy. The decision to perform an episiotomy is made on an individual basis.

Keywords: [Episiotomy](#); [Methods](#); [Obstetrical Surgical Procedures](#); [Perineum](#); [Wounds and Injuries](#).



Copyright: © 2024 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).