

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETO LIGONINĖS KAUNO KLINIKŲ AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS SKYRIUJE 2015 M. ATLIKTŲ EPIZIOTOMIJŲ PAGRĮSTUMAS

Aušra Marija Obelenytė, Vytautas Abraitis

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija

Raktažodžiai: epiziotomija, naujagimio hipoksija, tarpvietės plyšimas.

pvietės apsauga yra geresnė nei kitose Europos šalyse.

Santrauka

Šio darbo tikslas nustatyti epiziotomijų atlikimo pagrįstumą LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje 2015 metais. Atlikta retrospektyvinė gimdyvių, kurioms buvo atlikta mediolateralinė epiziotomija bei naujagimių duomenų analizė. Statištinė duomenų analizė atlikta panaudojant „SPSS 24.0“ versijos statištinį paketą. Darbe gauti rezultatai: dieninio/vakarinio intervalo metu priimta 52,23 proc. gimdymų, naktinio/rytinio intervalo metu – 47,77 proc. Daugiausia gimdymų priimta 17 ir 22 valandomis – po 6,2 proc., mažiausiai – 8 valandą 2,2proc. ($p>0,05$). Daugiausia epiziotomijų - 12,4 proc. atliko gydytojas nr. 6 ir akušerė nr. 13 - 6,6proc. ($p<0,05$). Dešimtdaliui naujagimių buvo nustatyta hipoksija ir acidozė kraujyje gimimo metu. 13,75 proc. ($n=103$) šėbėjimo atvejų epiziotomija atlikta numatant, kad gims stambus vaisius ($\geq 4000g$), 2,7 proc. ($n=20$) – remiantis numanoma užpakaline vaisiaus pakaušio pozicija. Epiziotomija atlikta po epidurinės nejaautos - 39 proc. ($n=289$), kai gimdymas buvo užbaigtas vakuomo ekstraktoriumi – 2,7 proc. ($n=20$) ($p<0,05$). Atlikus duomenų analizę, paaiškėjo, jog III-IV laipsnio tarpvietės plyšimas įvyko tik 4 šėbėjimo atvejams, t.y. 0,5 proc. visos tyrimo imties. Gautos išvados. Tik dešimtdaliui šėbėjimo atvejų epiziotomija buvo atlikta esant nestabilios vaisiaus būklės indikacijai. Epiziotomijų dažnis priklauso tiek nuo paros laiko, tiek nuo žmogiškojo faktoriaus. 99,5 proc. gimdyvių, kurioms buvo atlikta epiziotomija, gimdymo metu nepatyrė III-IV laipsnio tarpvietės plyšimo, todėl, remiantis literatūros šaltiniais, galima teigti, kad LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje tar-

Įvadas

Gimdymą pasitikėjimas gydytoju yra vienas iš svarbiausių faktorių, užtikrinančių sėkmingą gimdymo eigą. Vienas labiausiai bauginančių besilaukiančias moteris faktorių yra neatitinkantis jų lūkesčių gimdymo stacionare dirbančių gydytojų ir akušerių elgesys, paskatinantis moteris ieškoti alternatyvos. Kaip teigia D. Brogienė, kiekvienas praktikuojantis gydytojas akušeris-ginekologas pritarė, jog moteriai saugiausia gimdyti gimdymo stacionare, tačiau jos teigia, jog jaučiasi saugiau gimdydamos namuose, nes tikisi mažiau intervencijų, tokių kaip skatinimo, epiziotomijų, instrumentinių gimdymo užbaigimų [1]. Įprastai šiose diskusijose moterys akcentuoja ne fizinį, bet emocinį ir psichologinį saugumą. 2006 m. Ženevoje 19 tarptautinių organizacijų paskelbė tarptautinę „Motinai ir naujagimiui palankaus gimdymo“ iniciatyvą [2]. Šioje iniciatyvoje suformuluota 10 žingsnių,remiantis „Motinai palankaus gimdymo iniciatyvos“ koalicijos CIMS (*The Coalition for Improving Maternity services*) ekspertų darbo grupės atlikta sistemine mokslinių tyrimų (nuo 1990 iki 2006 m.) apžvalga. Viename iš šių žingsnių teigiama, jog „Motinai palanki ligoninė“ sumažina tokias intervencijas, kaip gimdymo stimuliacija 10 proc. ar mažiau, bei epiziotomijų 20 proc. ar mažiau, siekiant jas sumažinti iki 5 proc.[3]. Epiziotomija, kaip medicininė intervencija iškelia probleminių klausimų, ar epiziotomijos atlikimas, gresiant tarpvietės plyšimui, yra pagrįstas, kaip neišvengiama būtinybė siekiant pagerinti gimdymo eigą ir išvengiant pogimdinių komplikacijų, ar tai mokslu nepagrįstos intervencijos taikymas, sukeliantis daug nepageidaujamų pasekmių, tarp jų ir gimdžiusių moterų nepasitenkinimą bei nepasitikėjimą medikais.

Darbo tikslas – nustatyti epiziotomijų atlikimo pagrįstumą LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje 2015 metais.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Epiziotomijos atlikimas vaginaliniame gimdyje pirmą kartą buvo rekomenduotas 1920 m. kaip būdas, skirtas apsaugoti moters tarpvietę nuo plėštinės žaizdos, o kūdikį nuo traumos. Jis buvo gana greitai įsisavintas, kaip standartinė praktika ir nuo tada yra gana plačiai naudojamas [4]. Kai kurių šalių gydymo įstaigose epiziotomijos atliekamos rutiniškai [5]. Tačiau skirtingose šalyse epiziotomijos taikymas yra nevienodas. Daugiausia epiziotomijų atliekama Rytų Europoje [6]. Paštaruoju metu rutiniškai atliekamų epiziotomijų dažnis sumažėjo visose šalyse. Medicininių intervencijų, tarp jų ir epiziotomijų, panaudojimas yra vienas iš pagrindinių veiksnių, apibūdinančių gimdymo priežiūros kokybę. Ji vertinama blogiau, jei medicininės intervencijos taikomos nepagrįstai. Pasak E. Švedo, epiziotomija yra viena iš dažniausių akušerinių procedūrų, kurių naudojimas normalų gimdymą paverčia didelės rizikos gimdymu [7]. Mokslininkai teigia, jog yra sąsajos tarp atliekamos epiziotomijos tipo ir analinio sfinkterio traumų rizikos [8]. Epiziotomija paprastai atliekama gimdymo metu tikint, jog ji apsaugo nuo tarpvietės plyšimo, dubens dugno raumenų atsipalaidavimo ir šlapimo nelaikymo, taip pat, kad ji apsaugos naujagimį nuo gimdymo traumos ir asfiksijos [9].

Rutiniška ir indikuotina epiziotomija. Per paštaruosius kelis dešimtmečius, kaip teigia J.R.Lappen ir D.R.Gosset [4], buvo surinkti įrodymai, paneigiantys rutiniškai atliekamos epiziotomijos naudą priešpastatant jai ateityje galinčias pasitaikyti sunkias moters dubens dugno disfunkcijas. Tačiau pastebėta, jog nėra vieningos mokslininkų nuomonės apie rutiniškai atliekamos ir indikuotinos epiziotomijos naudą. C. Cam, M. Asoglu ir kt. retrospektyvioje duomenų analizėje pateikta išvada, jog mediolateralinė epiziotomija padeda išvengti priekinės makšties sienelės pažeidimų. Siekiant padaryti patikimas galutines išvadas reikia atlikti prospektyvius randomizuotus tyrimus [10]. V. Handa, J. Blomquist ir kt. DDD kohortinės studijos planinėje analizėje pateikė išvadas, jog replių taikymas gimdymo metu ir tarpvietės plėštinės žaizdos, bet ne epiziotomija, buvo susiję su DDD 5-10 metų laikotarpiu po pirmojo gimdymo [11].

G. Carroli, L. Mignini teigia, jog epiziotomijos, atliktos pagal indikacijas, nauda žymiai didesnė. Sunkių tarpvietės traumų, siuvimo ir gijimo komplikacijų per septynias dienas sumažėjo nuo 12 proc. iki 31 proc. [5]. K. Hartmann, M. Viswanathan ir kt. nustatė, jog epiziotomija nėra naudinga sveikatai, tarp rutiniškai taikomos ir indikuotos epiziotomijos esminių skirtumų šiuo aspektu taip pat nėra [12]. Vis dėlto dauguma Vakarų šalių autorių rekomenduoja atsisakyti rutiniškos epiziotomijos ir atlikti ją esant rimtoms indikacijoms [8], ypač esant nestabiliai vaisiaus būklei.

Tyrimo metodai. Tyrimo duomenims surinkti buvo pasirinkta retrospektyvinė 2015 metų Akušerijos ir ginekologijos skyriuje gimdžiusių moterų, kurioms buvo atlikta mediolateralinė epiziotomija, duomenų analizė. Klinikiniai duomenys surinkti iš ligos istorijų. Tyrime analizuojama vienuolika kintamųjų: gimdyvių amžius, gimdymo laikas, gimdymo komplikacija (III-IV laipsnio tarpvietės plyšimas), naujagimio lytis, ūgis, svoris, Apgar balas po 1min ir po 5min, virkštelės arterijos kraujo pH, intervenciją atlikęs gydytojas ir akušerė.

Tyrimo duomenų apdorojimo metodai. Statistinė duomenų analizė atlikta „SPSS 24.0“ versijos statistikos paketu. Duomenų matrica apdorota „Microsoft Office Excel 13.0“ versijos kompiuterine programa. Analizės metu buvo vertinamos įvairios duomenų padėties charakteristikos. Kiekybinių kintamųjų (gimdyvių amžius, gimdymo laikas, naujagimio ūgis, svoris, virkštelės arterijos pH) - aritmetinis vidurkis, standartinis nuokrypis, dažnis, maksimali bei minimali reikšmės. Nominalių kintamųjų (naujagimio lytis, intervenciją atlikęs gydytojas ir akušerė, III-IV laipsnio tarpvietės plyšimas) - dažnis. Ranginių kintamųjų (Apgar balas po 1min ir po 5min) - aritmetinis vidurkis, standartinis nuokrypis, dažnis, maksimali bei minimali reikšmės. Vertinant kintamųjų tarpusavio ryšį atsižvelgiama į statistinį reikšmingumą. Ryšys laikomas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$. Statistinio reikšmingumo įvertis parodo, kokia yra tikimybė, kad gautas rezultatas nėra atsitiktinis ir rodo tikrąją efektą.

Kiekybinio tyrimo kokybiškumą rodo keletas kriterijų: reprezentatyvumas, validumas ir patikimumas. Atliktas tyrimas tenkina visus šiuos kriterijus. Kadangi tyrimo imtis (gimdyvių – 741, naujagimių – 749) yra lygi tyrimo populiacijai (tyrimo metu nebuvo naudojama jokia atranka), šį tyrimą galima laikyti reprezentatyvų bei juo remiantis daryti plačias generalizacijas ir rekomendacijas. Tyrimo rezultatai yra validūs ir patikimi – ištirta tai, kas norėta ištirti bei pakartojus šį tyrimą būtų gaunami tie patys rezultatai.

Tiriamųjų atranka. Tiriamųjų grupę sudaryta atrankos metodu, remiantis tik vienu kriterijumi, kad gimdyvei tiriamu laikotarpiu LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje buvo atlikta mediolateralinė epiziotomija.

Tiriamąjį kontingento charakteristika. Naujagimiai. Analizuoti 749 naujagimių duomenys. Vyriškosios lyties naujagimių buvo 55,06 proc. (n=408), moteriškosios lyties – 44,94 proc. (n=341). Naujagimių svorio vidurkis - 3467,46± 496,68 gramai. Minimalus svoris – 1512 g, maksimalus svoris - 5350g. Naujagimių, svėrusių ≥4000 g, buvo 13,75 proc. (n=103). Naujagimiai, sveriantys daugiau ≥4000 g, yra kaip rizikos veiksnys savaiminiam giliam tarpvietės plyšimui [13]. Moteriškosios lyties naujagimių

svorio vidurkis -3392, $48 \pm 498,92$ g, vyriškosios - 3530,51 $\pm 487,09$ g. Naujagimių ūgio vidurkis - 54,54 $\pm 2,41$ centimetrai. Maksimalus ūgis -58 cm, minimalus - 40 cm.

Gimdyvės. Analizuoti 741 gimdyvės duomenys. Tyrimė dalyvavusių gimdyvių amžiaus vidurkis gimdymo metu buvo 29,65 $\pm 5,13$ metai (jauniausiai 16 metų, vyriausiai 45 metai).

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Epiziotomijų atlikimas pagal paros laiką. Gimdymo laikas buvo suskirstytas į du intervalus: dieninį/vakarinį (8:00-19:59) ir naktinį/rytinį(20:00-07:59), remiantis Webb D. A. ir kt. tyrimu [14]. Dieninio/vakarinio intervalo metu atlikta 52,23 proc. (n=387) epiziotomijų, iš visų stebėjimo atvejų, naktinio/rytinio intervalo metu – 47,77 proc. (n=354). $P > 0,05$. Atlikus duomenų analizę nušatyta, jog daugiausiai epiziotomijų atlikta 17 ir 22 valandomis – po 6,2 proc., mažiausiai – 8 valandą - 2,2 proc.

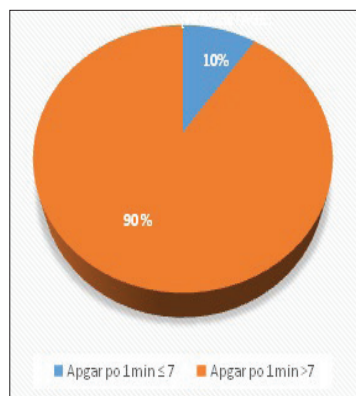
Epiziotomijų atlikimas pagal medicinos personalą. Iš viso per tiriamąjį laikotarpį atlikta 741 epiziotomija. Atlikus duomenų analizę, nušatyta, jog gimdymus priėmė ir epiziotomijas atliko 28 gydytojai ir 26 akušerės. Siekiant laikytis tyrimo etikos reikalavimų, gydytojų ir akušerių pavardės buvo užkoduotos, žymint jas skaičiais nuo 1 iki 28 gydytojams ir nuo 1 iki 26 akušerėms. Epiziotomijų skaičiaus vidurkis, tenkantis vienam gydytojui: $\bar{X} = 26,46$. Iš 28 gydytojų 13 atliko epiziotomijų daugiau už vidurkį $\bar{X} \geq 26,46$ (nuo 27 iki 92). Išreiškus procentais nuo bendro atliktų epiziotomijų skaičiaus, šių gydytojų bendras atliktų epiziotomijų procentinis intervalas nuo 12,4 proc. iki 3,6 proc. Mažiau už vidurkį $\bar{X} \leq 26,46$ epiziotomijų atliko 15 gydytojų, kurių atliktų epiziotomijų procentas gerokai mažesnis nuo 2,8 proc. iki 0,1 proc. nuo bendro epiziotomijų skaičiaus.

Epiziotomijų skaičiaus vidurkis, tenkantis vienai akušerei: $\bar{X} = 28,5$. Iš 26 akušerių 14 atliko epiziotomijų daugiau už vidurkį $\bar{X} \geq 28,5$ (nuo 82 iki 31). Išreiškus procentais nuo bendro atliktų epiziotomijų skaičiaus, šių akušerių bendras atliktų epiziotomijų procentinis intervalas svyruoja nuo 11,1 proc. iki 4,3 proc. Mažiau už vidurkį $\bar{X} \leq 26,46$ epiziotomijų atliko 12 akušerių (nuo 28 iki 1), kurių bendras atliktų epiziotomijų procentinis intervalas yra nuo 3,8 iki 0,1 proc. nuo bendro epiziotomijų skaičiaus. Pagal įrašus ligos istorijoje negalima spręsti, jog daugiausia epiziotomijų atlikęs gydytojas ir akušerė dirba kartu.

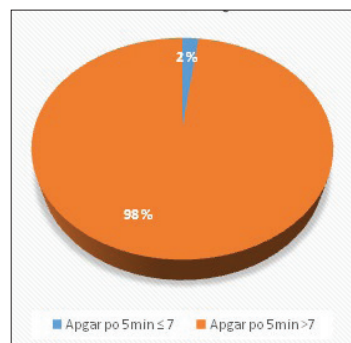
Epiziotomijų atlikimas pagal indikaciją; nestabili vaisiaus būklė. Nestabili vaisiaus būklė patvirtinama tik retrospektyviai vertinant Apgar balą po 1 minutės ir po 5 min po gimimo bei tuoj po gimimo atlikto virkštelės arterijos kraujo pH tyrimo. Atlikus duomenų analizę paaiškėjo, jog iš 749 naujagimių, kurių motinoms buvo atlikta epiziotomija, Apgar balų po 1min vidurkis – 8,75 $\pm 1,13$. Minimalus balas - 0, maksimalus - 10. Apgar balų po 5min vidurkis – 9,45 $\pm 0,85$. Minimalus balas - 0, maksimalus - 10. Daugiau nei pusės naujagimių (55,3 proc.) Apgar balas po 1 min buvo lygus 9. Net 60,1 proc. naujagimių Apgar balas po 5min buvo lygus 10. Duomenų analizė patvirtino, jog mažiau nei dešimtadalis naujagimių patyrė hipoksiją gimimo metu (Apgar balas ≤ 7). (1 ir 2 diagramos).

Tuoj po gimimo 35,38 proc. (n=265) naujagimių buvo atliktas virkštelės arterijos kraujo pH tyrimas. Išanalizavus duomenis nušatytas pH vidurkis - 7,23 $\pm 0,103$. Minimalus pH lygis - 6,89, maksimalus - 7,49. Daugiau nei dešimtadaliui naujagimių – 11,88 proc. (n=89) buvo nušatyta acidozė kraujyje, virkštelės arterijos kraujo pH $< 7,2$. Remiantis A. Kudrevičienės ir kt. [16] analizės duomenimis, kai virkštelės kraujo pH $< 7,2$ - tai traktuojama kaip acidozė, patvirtinanti, jog yra naujagimio hipoksija.

Apibendrinant epiziotomijos pagrįstumą pagal indikaciją - nestabili vaisiaus būklė - galima teigti, jog stebi-



1 diagrama. Naujagimių Apgar balas po 1 minutės



2 diagrama. Naujagimių Apgar balas po 5 minučių

miems atvejams epiziotomijos buvo atliekamos remiantis šia indikacija. Tačiau nestabilią vaisiaus būklę patvirtinanti hipoksija po gimdymo nušatyta tik dešimtdaliui naujagimių. Todėl šiuo požiūriu dauguma epiziotomijų galima vertinti kaip nepagrįstai atliktas.

Epiziotomijų atlikimas pagal indikaciją galimas III – IV laipsnio tarpvietės plyšimas. Tarpvietės plyšimas galimas esant predisponuojantiems faktoriams, vieni faktoriai yra prognozuojami (štambus vaisius (≥ 4000 g), vaisiaus užpakalinė pakaušio pozicija (*visus dorsoposterior*), kiti žinomi (epidurinė nejautra, instrumentinis gimdymo užbaigimas). Išanalizavus duomenis paaiškėjo, kad 13,75 proc. (n=103) šėbėjimo atvejų epiziotomija buvo atlikta remiantis numanomu vaisiaus svoriu (≥ 4000 g), 2,7 proc. (n=20) – remiantis numanoma užpakaline vaisiaus pakaušio pozicija. Esant žinomiems rizikos veiksniams epiziotomija atlikta dažniau, po epidurinės nejautros - 39 proc. (n=289), kai gimdymas buvo užbaigtas vakuomo ekstraktoriumi – 2,7 proc. (n=20). $P < 0,05$. Atlikus duomenų analizę, paaiškėjo jog III-IV laipsnio tarpvietės plyšimas įvyko tik 4 šėbėjimo atvejams, t.y. 0,5 proc. visos tyrimo imties. Remiantis Blondel B. ir kt. [16] duomenimis, III – IV laipsnio tarpvietės plyšimo dažnis Europos šalyse (Danijoje 4,8 proc., Estijoje 0,9 proc., Suomijoje 1,1 proc., Vokietijoje 1,8 proc., Islandijoje 4,9 proc., Švedijoje 3,5 proc., Olandijoje 2,7 proc., Jungtinėje Karalystėje 3,2 proc.) didesnis nei LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje. Todėl galima teigti, kad tarpvietės apsauga yra gera ir šiuo požiūriu atliktos epiziotomijos sąlyginai apsaugojo nuo galimo spontaninio tarpvietės plyšimo.

Atlikus tyrimą, gautuose rezultatuose atsipindi, kad didžioji dalis epiziotomijų buvo atlikta nesant indikacijų, nepaisant to, kad gimdymą prižiūrintys asmenys pasirenka atlikti epiziotomiją atsižvelgdami į klinikinę situaciją. Iš 749 naujagimių, tik dešimtdaliui po gimimo buvo patvirtinta hipoksija ir acidozė kraujyje. Siekiant sumažinti epiziotomijų skaičių, pirmiausia reikėtų įdiegti informuoto sutikimo formas. Šiuo metu iš visų akušerinių intervencijų tik cezario pjūvio operacija turi informuoto sutikimo formą. Taip pat apie epiziotomijos atlikimo galimybę reiktų aptarti su gimdyve, geriausiai iki antrojo gimdymo laikotarpio pradžios. Tuomet atsižvelgiant į gimdyvės nuomonę, patvirtintą parašu sutikimo formoje, gimdymą prižiūrintys asmenys negalėtų atlikti nepagrįstos intervencijos. Kitas būdas mažinti epiziotomijų dažnį – pažymėti epiziotomijos indikaciją gimdymo istorijoje, šiuo metu pažymima tik cezario pjūvio operacijos indikacija. Toks sprendimas didintų gimdymą prižiūrinčių asmenų atsakomybę, todėl epiziotomijos būtų atliekamos tik esant patvirtintoms indikacijoms (nestabili vaisiaus būklė, galimas spontaninis gilus

tarpvietės plyšimas). Indikacijos pažymėjimas gimdymo istorijoje leistų nušatyti, kuris tarpvietės plyšimą predisponuojantis faktorius (štambus vaisius (≥ 4000 g), epidurinė nejautra, vaisiaus užpakalinė pakaušio pozicija (*visus dorsoposterior*), instrumentinis gimdymo užbaigimas) yra prognoziškai blogiausias. Todėl ateityje būtų galima tiksliau prognozuoti gimdymo eigą ir baigtį.

Išvados

1. Tiriamajame darbe nagrinėtos kelios epiziotomijos indikacijos - nestabili vaisiaus būklė bei galimas spontaninis gilus tarpvietės plyšimas. Tik dešimtdaliui šėbėjimo atvejų epiziotomija buvo atlikta esant nestabilios vaisiaus būklės indikacijai. Tačiau nestabilią vaisiaus būklę patvirtinanti hipoksija retrospektyviai po gimdymo nušatyta tik dešimtdaliui naujagimių. Todėl šiuo požiūriu dauguma epiziotomijų galima vertinti kaip nepagrįstai atliktas.

2. 99,5 proc. gimdyvių, kurioms buvo atlikta epiziotomija, gimdymo metu nepatyrė III-IV laipsnio tarpvietės plyšimo, todėl remiantis literatūros šaltiniais, galima teigti, kad LSMUL KK Akušerijos ir ginekologijos skyriuje tarpvietės apsauga yra geresnė nei kitose Europos šalyse.

3. Kadangi nėra išskirta aiškių epiziotomijos atlikimo indikacijų, sprendimą atlikti intervenciją priima prižiūrintis gimdymą asmuo, remdamasis klinicine situacija. Tyrimo metu nušatyta, kad epiziotomijų dažnis taip pat priklauso ir nuo žmogiškojo faktoriaus, vieni gydytojai ir akušerės epiziotomiją atlieka statistiškai patikimai dažniau nei kiti.

4. Paros laikas taip pat turėjo įtakos atlikti epiziotomijas, nes remiantis atliktu tyrimu (dieninio/vakarinio intervalo metu atlikta 52,23 proc. epiziotomijų, iš visų šėbėjimo atvejų, naktinio/rytinio intervalo metu – 47,77 proc.) ir literatūros duomenimis, epiziotomijos dažniau atliekamos pirmoje dienos pusėje.

Literatūra

1. Brogienė D. Planuotas gimdymas namuose – naujas iššūkis motinystės priežiūrai Lietuvoje. Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2012; 25(2): 106-108.
2. Kulikauskaitė B. "Motinai palankaus gimdymo" iniciatyva. Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2008; 25 (4):335.
3. Lothian JA. Coalition for improving maternity services. Evidence basis for the ten steps of motherfriendly care: a systematic review. The Journal of Perinatal Education 2007; 16(1)1-96. <http://dx.doi.org/10.1624/105812407X173119>
4. Lappen JR, Gossett DR. Changes in episiotomy practice: evidence-based medicine in action. Expert Review of Obstetrics & Gynecology 2010; 5(3): 301-309. <http://dx.doi.org/10.1586/eog.10.21>
5. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane

- Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
6. Tarpvietės plyšimai. Epiziotomijos. Metodika. 2014. Prieiga internete https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Sveicarijos_parama/Akuserines%20metodikos/Tarpvietes%20plysimai_%20Epiziotomijos.pdf. Žiūrėta 2016 05 01
 7. Švedas E. Įrodymais pagrįsta normalaus gimdymo priežiūra. Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2008; 12(4): 344-347.
 8. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonon B, Øian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 119:724–730.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x>
 9. Walling A. Effect of episiotomy on pelvic floor weakness. American Family Physician 2005 Feb 1; 71(3):588.
 10. Cam C, Asoglu MR, Selcuk S, Aran T, Tug N, Karateke A. Does mediolateral episiotomy decrease central defects of the anterior vaginal wall? Archives of Gynecology and Obstetrics 2012; 285(2):411-415.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1965-z>
 11. Handa VL, Blomquist JL, McDermott K, Friedman S, Mu-oz A. Pelvic floor disorders after childbirth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstetrics and Gynecology 2012; 119(2): 233–239.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318240df4f>
 12. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr K. Outcomes of routine episiotomy a systematic review. JAMA: The Journal of the American Medical Association 2005; 293(17):2141-2148.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.17.2141>
 13. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. JAMA: The Journal of the American Medical Association 1996; 276(18):1480-1486.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1996.03540180036030>
 14. Webb DA, Culhane J. Time of day variation in rates of obstetric intervention to assist in vaginal delivery. Journal of Epidemiology and Community Health 2002; 56:577–578.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.8.577>
 15. Kudrevičienė A., Basevičius A., Lukoševičius S., Grigonienė J., Marmienė V. ir kt. Virkštelės arterijos kraujo pH, BE, bikarbonatų ir laktatų reikšmė išnešioti naujagimio gaivinimo poreikiui, galvos smegenų kraujotakos pokyčiams ir hipoksinei išeminei encefalopatijai. Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2011; 14 (3):180-189.
 16. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž. et al. 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 Obstetrica and Gynecologica Scandinavica 2016.
<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12894>

**EPISIOTOMY VALIDITY PERFORMED
 IN HOSPITAL OF LITHUANIAN UNIVERSITY OF
 HEALTH SCIENCES KAUNO CLINICS IN
 DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND
 GYNECOLOGY IN 2015**

A. M. Obelenytė, V. Abraitis

Key words: episiotomy, perinatal hypoxia, perineal tear.

Summary

Aim of the study – the evaluation of episiotomy validity performed in Department of Obstetrics and Gynecology in 2015. Methods. Performed a retrospective study involving 741 cases of mediolateral episiotomy. Clinical data of mothers and newborns was analyzed. Statistical analysis was performed using SPSS 24.0 software package.

Results. At daytime/evening hours was received 52,23 % labours, night-time/morning hours – 47,77 %. Most births received at 5 p.m.(6,2 %) and 10 p.m.(6,2 %), least – at 8 a.m (2,2 %). A small number of physicians and midwife performed most of episiotomy. More than 10 % of newborn at birth was found with hypoxia and acidosis in blood. 13,75% (n=103) of episiotomies was done on the basis of expectation of heavy fetus (≥4000g), 2,7% (n=20) - on the basis of occipital posterior fetal position. 39% (n=289) of episiotomies was done after the epidural anesthesia and 2,7% after giving-birth using vacuum extractor (p<0,05). Analysis of the data showed that the III-IV degree perineal tears occurred in only 4 cases – 0,5 % of all subjects.

Conclusions. Only in one tenth of the cases episiotomy was performed due to indication of unstable fetus condition. Episiotomy rate depends both on the time of day and the human factor. 99,5% of women didn't suffer from the III-IV degree perineal tears, so we can state that the protection of perineal area is better in department of Gynaecology and Obstetrics at LUHS Clinics comparing with other sources of literature and European countries.

Correspondence to: mobelenyte@gmail.com

Gauta 2016-05-31