

УДК: 612.6+616-001+616-002+616-003+616-08+618

Акушерська травма промежини

С. І. Жук, О. Д. Щуревська, О. С. Щербінська

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Акушерська травма промежини є поширеною патологією, що ускладнює до 90% вагінальних пологів. Справжня частота травм (і їхній ступінь), як правило, недооцінюється і є вищою, ніж у представлених даних. Акушерські травми промежини серйозно впливають на самопочуття жінки і мають медичні, емоційні, соціальні та психологічні аспекти. Їхні негативні наслідки можуть зберігатися протягом багатьох років після пологів і мати потенційний руйнівний вплив на якість життя жінки, призвести до тяжкої захворюваності у зв'язку з постійним болем, формуванням дисфункції тазового дна, нетриманням сечі і калу, сексуальними проблемами, високим ризиком повторної травми під час наступних пологів та ін.

У статті представлений огляд існуючих національних рекомендацій щодо профілактики та лікування травм промежини. Систематизовано дані щодо частоти, факторів ризику розривів промежини, наведено сучасну класифікацію. Особливу увагу звернено на акушерську травму анального сфінктера (АТАС) для кращого розуміння даної патології практикуючими лікарями. Навчання і обізнаність акушерів щодо АТАС повинні сприяти виявленню пацієнток групи ризику, більш точній діагностиці і вибору правильної тактики.

Також у статті описано основні профілактичні втручання під час вагітності та пологів з обговоренням переваг і недоліків кожного. Ураховуючи високу частоту проведення епізіотомії для профілактики АТАС, наведено переваги і недоліки різних варіантів, а також правильну техніку під кутом 45–60°. Зроблено акцент на тому, що необхідно проводити не рутинну, а селективну епізіотомію за наявності чітких показань відповідно до національного стандарту. Зниження частоти епізіотомій повинно привести до зменшення кількості ятрогенних травм промежини.

Також представлено загальні принципи хірургічного лікування травм промежини, різні техніки ушивання, характеристики шовного матеріалу, тактику післяопераційного ведення пацієнток і консультування щодо наступних пологів. Використання акушерами наведених рекомендацій буде корисним для їхньої практичної діяльності і сприятиме покращенню якості медичної допомоги.

Ключові слова: вагітність, ускладнення пологів, розрив промежини, акушерська травма анального сфінктера (АТАС), епізіотомія, лікування.

Obstetric perineal trauma

S. I. Zhuk, O. D. Shchurevska, O. S. Shcherbinska

Obstetric perineal trauma is a common pathology that complicates up to 90% of vaginal deliveries. The true incidence of injuries (and their severity) is usually underestimated and higher than reported. Obstetric perineal injuries have a serious impact on a woman's well-being and have medical, emotional, social and psychological aspects. Their negative consequences can persist for many years after childbirth and have a potentially devastating impact on a woman's quality of life, lead to severe morbidity due to persistent pain, pelvic floor dysfunction, urinary and faecal incontinence, sexual problems, high risk of re-injury during future childbirth, etc.

The article presents an overview of existing national guidelines for the prevention and treatment of perineal injuries. The data on the frequency and risk factors of perineal tears are systematized, and a modern classification is presented. Particular attention is paid to obstetric anal sphincter injuries (OASIS) for a better understanding of this pathology by partitional doctors. Training and awareness of obstetricians about OASIS should help to identify patients at risk, more accurately diagnose and choose the right tactics.

The article also describes the main preventive interventions during pregnancy and childbirth, discussing the advantages and disadvantages of each. Given the high frequency of episiotomy for the prevention of OASIS, the advantages and disadvantages of various options, as well as the correct 45–60° technique, are presented. The emphasis is placed on the fact that it is necessary to perform selective episiotomy rather than routine episiotomy in the presence of clear indications according to the national standard. Reducing the frequency of episiotomies should lead to a decreased number of iatrogenic perineal injuries.

The general principles of surgical treatment of perineal injuries, various suturing techniques, suture material characteristics, postoperative management of patients and counselling for future births are also presented.

The use of these recommendations by obstetricians will be useful for their practice and will help improve the quality of medical care.

Keywords: pregnancy, obstetric complications, perineal tear, obstetric anal sphincter injuries (OASIS), episiotomy, treatment.

До 90% вагінальних пологів ускладнюються пошкодженням промежини, з них до 7,0% становить частковий або повний розрив м'яза анального сфінктера [1]. Проте існують значні відмінності у кількості зареєстрованих показників травми промежини між країнами, регіонами та різними лікувальними закладами.

Це не завжди пов'язано з недостатньою якістю надання медичної допомоги, а частіше є результатом відмінностей у стандартах підготовки медичного персоналу при визначенні ступеня розриву, а також з різними практиками звітності. Справжня частота травм (і їхній ступінь), як правило, недооцінюється і є вищою [2–5].

Негативні аспекти цієї патології впливають на самопочуття жінки з численними емоційними, соціальними та психологічними наслідками, які виділяють як окремий синдром [6]. Також вони можуть стати причиною судових процесів.

Розрізняють короткотривалі та довготермінові наслідки травм промежини.

До короткотривалих належать: кровотеча та шок, біль у промежині, пов'язаний з набряком і крововиливами; затримка сечі та проблеми з дефекацією у ранній післяпологовий період; інфекція рани або інфекція сечових шляхів; лихоманка; дискомфорт, пов'язаний з наявністю шовного матеріалу та необхідністю догляду за ним; проблеми з загоєнням рани; загоєння рани з надмірним утворенням незрілих тканин тощо [7].

До довготермінових ускладнень належать: локальний біль; диспареунія та порушення статевої функції; рубці на статевих органах і локальні рубцеві ускладнення; формування абсцесу або анатомічного дефекту рани; ректовагінальні нориці; порушення оваріально-менструального циклу; запальні захворювання органів малого таза; нетримання газів, рідкого або твердого калу, пасивне забруднення, невідкладні позиви до випорожнення тощо [8].

Неприємні фізичні відчуття у жінки нерідко впливають на її здатність піклуватися про свою новонароджену дитину та справлятися зі щоденними проблемами материнства, що призводить до численних психологічних і соціальних проблем, погіршуючи якість життя. Жінки, які зазнали травми промежини, можуть повідомляти про флешбеки, тривожність, посттравматичний стресовий розлад. Вони ідентифікують свої переживання як вразливість, збентеженість та соціальну ізоляцію, знесиленість, тривожність, безпорадність, неконтрольованість. У більшості випадків стикаються з невідповідністю між своїми позитивними очікуваннями від пологів та реальністю щодо народження дитини та перебігу найближчого післяпологового періоду і потребують прийняття та переосмислення нових показників норми [6].

Як правило, ступінь захворюваності безпосередньо пов'язаний зі ступенем отриманого пошкодження промежини.

Класифікація

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), розрив промежини при розродженні (O70) класифікують так [8]:

- (O70.0) – Розрив промежини 1-го ступеня під час розродження
- (O70.1) – Розрив промежини 2-го ступеня під час розродження
- (O70.2) – Розрив промежини 3-го ступеня під час розродження
- (O70.3) – Розрив промежини 4-го ступеня під час розродження
- (O70.9) – Розрив промежини під час розродження, неуточнений.

Оскільки звичайне діагностичне кодування в електронних звітах не достатньо мірою відображає досить багато анатомічних і клінічних аспектів, більш інформативним є міжнародно прийнята система класифікації розривів промежини A. Sultan та співавторів (1999), яка рекомендована Королівським коледжем акушерів і гінекологів (RCOG) та реалізована практично в усіх сучасних рекомендаціях з акушерства у всьому світі (табл. 1) [9].

Для кращої візуалізації на рис. 1 представлена схема важких розривів промежини третього та четвертого ступенів, оскільки, за даними літератури, незнання анатомії призводить до неправильної класифікації та діагностики травм промежини.

Зокрема, Національне опитування лікарів-практиків у Великій Британії у 2002 р. продемонструвало, що 33% акушерів-консультантів (672 респонденти) і 22% акушерів-стажерів (148 респондентів) неправильно діагностували розриви анального сфінктера як розрив другого ступеня. У тому самому опитуванні 64% консультантів і 64% слухачів вказали на «відсутність» або «незадовільне» навчання щодо питань акушерського травматизму. Після цього опитування були розроблені спеціальні курси для навчання лікарів і акушерок профілактики, діагностики та лікування травм промежини [11].

Таблиця 1

Класифікація травм промежини (A. Sultan et al., 1999) [9]

Ступінь розриву	Опис
Перший ступінь	Пошкодження шкіри промежини та/або слизової оболонки піхви
Другий ступінь	Травма промежини із залученням м'язів промежини, але без залучення анального сфінктера
Третій ступінь	Пошкодження промежини із залученням анального сфінктера
3а	Розрив товщини зовнішнього анального сфінктера (ЗАС) <50%
3б	Розрив товщини зовнішнього анального сфінктера >50%
3с	Розрив зовнішнього та внутрішнього анального сфінктерів (ВАС)
Четвертий ступінь	Пошкодження промежини із залученням анального сфінктера та слизової оболонки аноректальної кишки
Розрив ампули прямої кишки*	Розрив слизової оболонки прямої кишки з інтактним анальним сфінктером

Примітка: * – Розрив ампули прямої кишки — це окрема нозологія, де розрив відбувається у слизовій оболонці анального отвору при непошкодженню анальному сфінктері. За визначенням, це не розрив четвертого ступеня, оскільки м'язи анального сфінктера цілі та може бути цілою промежина або з розривом першого/другого ступеня. Цей розрив є рідкісним явищем, хоча його реальна частота не встановлена. Якщо цей тип розриву не розпізнати та не усунути, можуть виникнути анагінальні фістули [2].

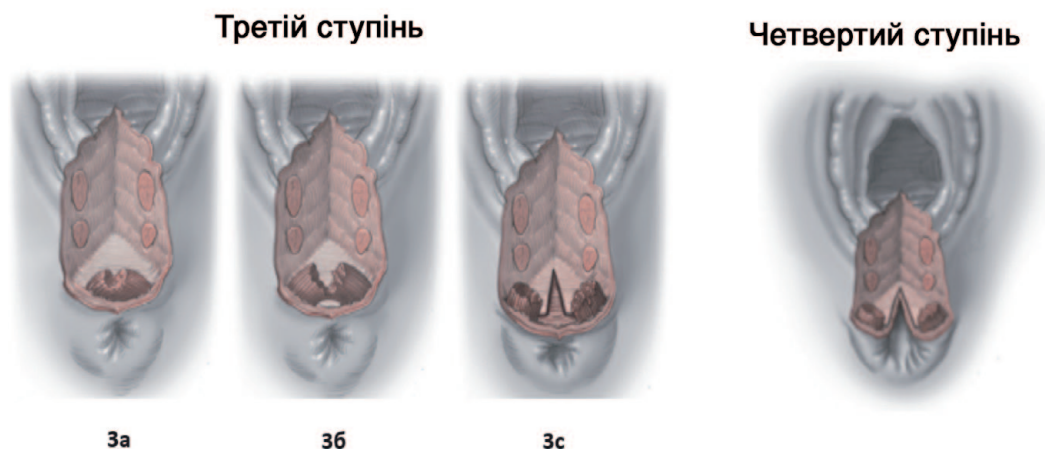


Рис. 1. Схематичне зображення класифікації розривів анального сфінктера [5,10]

Фактори ризику розривів промежини

Розроблено кілька моделей для прогнозування ризику ураження промежини. Їхня мета полягає у тому, щоб допомогти лікарю та жінці у виборі способу розродження, який найбільше відповідає характеристикам матері та плода [12, 13].

Відповідні ризики поділяють на материнські, фетальні та інтранатальні (табл. 2).

До інших факторів ризику розривів промежини під час пологів відносять погану еластичність тканин, яку можна об'єктивно оцінити за наявністю Striae gravidarum (свідчать про здатність шкіри розтягуватися та кількість еластичних волокон і колагену всередині неї) [15].

Описано такі методики оцінювання Striae gravidarum: за Davey і за Atwal.

Методика оцінювання стрій за Davey: живіт ділять на чотири частини за допомогою вертикальної та горизонтальної ліній, що проходять через пупок, і рахують кількість смуг у кожній ділянці. Інтерпретація результатів: 0 – без стрій, 1 – помірні стрії і 2 – багато стрій. Загальна кількість балів коливається від 0 до 8. Ступінь тяжкості стрій поділяється на три категорії: без стрій (0), легкі стрії (1–2) і виражені стрії (3).

Оцінювання стрій за методикою Atwal: шкіру чотирьох ділянок тіла (живіт, стегна, груди та сідниці) оцінюють за кольором і кількістю смуг і кожній ділянці присвоюють 6 балів. Сума балів стрій за Atwal може варіювати від 0–24 та інтерпретуватися так: 0–3 (без стрій), 4–9 (незначні стрії), 10–15 (помірні стрії) і більше 15 (виражені стрії).

Підвищення загального показника оцінювання стрій збільшує ризик травми промежини. Імовірність травми промежини є вищою в осіб із помірними або тяжкими стріями, ніж у тих, хто має незначні стрії або не має їх взагалі.

За виявлення жінок із ризиком розривів промежини можна застосувати профілактичні методи для їхнього попередження.

Методи профілактики акушерських травм і дисфункції промежини під час вагітності

1. Інформування пацієнток.
2. Масаж промежини.
3. Тренування м'язів тазового дна (ТМТД) – вправи Кегеля.
4. Комбіновані втручання.
5. Фізичні вправи.

1. Інформування пацієнток.

Під час вагітності та під час підготовки до пологів, зазвичай з 28–30 тиж вагітності, можна обговорювати ризики травм промежини і акушерські втручання, які можуть запобігти травмі промежини.

2. Допологовий масаж промежини (ДМП). Елемент фізіотерапії, який готує жінку до природних пологів. Вагітна може практикувати це самостійно або з фізіотерапевтом.

Масаж промежини дозволяє підготувати її тканини до пологів, підвищити еластичність і зменшити опір при розтягуванні. Під час його виконання використовують

Таблиця 2

Фактори ризику розриву промежини [14]

Фактори ризику матері	Фетальні фактори ризику	Інтранатальні фактори ризику
Перші пологи Азійська етнічна приналежність Вагінальні пологи після кесарева розтину Вік ≤20 років Укорочена довжина промежини (<25 мм)	Велика маса плода (>4000 г) Дистоція плечиків Задній вид потиличного передлежання	Індукція пологів Інструментальні пологи (наприклад щипці, вакуум) Тривалий II період пологів (>60 хв) Епідуральне знеболювання Застосування окситоцину Серединна епізіотомія Пологи у літотомії або у глибокому положенні навпочіпки

вують лубрикантні гелі, які містять в своєму складі інгредієнти з розслаблювальними властивостями. Це дозволяє покращити еластичність і розтяжність шкіри і м'язів промежини вагітних, що приводить до зниження ризику травми промежини [16].

Ризики та переваги: загалом добре сприймається вагітними. Не має статистично достовірної різниці у загальній частоті розривів промежини, частоті інструментальних пологів, тривалості II періоду, частоті диспареунії, сексуального задоволення після пологів, нетримання сечі, фекалій або виділенні газів [2].

У жінок, які народжують вперше, після ДМП на 16% меншою є ймовірність епізіотомії і на 9% – нижчою частота травм, що потребують накладення швів (майже повністю через зниження ймовірності епізіотомії). Жінки, що народжують повторно, відзначають більш низьку частоту болю через 3 міс після пологів. При плановому кесаревому розтині є недоцільним [17, 18].

Протипоказання: гостра інфекція (наприклад, генітальний герпес, генітальний кандидоз), пошкодження слизової оболонки піхви та/або сприяння поширенню інфекції, розрив слизових оболонок, вагінальна кровотеча.

Рекомендації: під час його виконання актуальним є використання лубрикантних гелів, змащувальні властивості яких сприяють еластичності та розтяжності промежини. При різних техніках масажу використовують різні гелі, олії, желе, вазелін або віск. Але за їхнього застосування постає питання вибору конкретного засобу для проведення масажу з урахуванням асептики/антисептики, індивідуальної непереносимості (алергії) діючої речовини і т.п. [17, 18].

3. Тренування м'язів тазового дна (ТМТД) – вправи Кегеля.

Ризики та переваги: можна розпочинати на ранніх термінах вагітності, що у подальшому справляє позитивний ефект щодо зменшення нетримання сечі на пізніх термінах вагітності та у перші 6 міс після пологів. У першородній скорочує тривалість I і II періодів пологів. Не встановлено істотного зв'язку між ТМТД та ризиком епізіотомії, інструментальних пологів, ризиком травм промежини.

Протипоказання: немає.

Рекомендації: бажано проводити індивідуальне консультування/навчання методики. Пропонувати доповне навчання щодо техніки ТМТД. Рекомендованої кількості, частоти і тривалості немає, проте може бути корисною навіть програма низької інтенсивності [14].

4. Комбінація ДМП та ТМТД.

Згідно з даними літератури, комбіновані втручання у першовагітних двічі на день після 32 тиж гестації на 31% знижують ризик епізіотомії, підвищують ймовірність відсутності розривів промежини, знижують частоту тяжких розривів промежини та зменшують післяпологовий біль у ній [19, 20].

5. Фізичні вправи під час вагітності.

Жінок, що не мають протипоказань до фізичних вправ, слід заохочувати до регулярних занять за спеціальними професійними програмами для вагітних

та жінок після пологів. Фізіологічні реакції навіть на помірні фізичні вправи під час вагітності мають багато позитивних ефектів: зростає рівень поглинання O_2 , частота серцевих скорочень, систолічний об'єм і серцевий викид, що є корисним для вагітної і плода.

Регулярні фізичні вправи під час вагітності зменшують дискомфорт у животі та закрепи, допомагають жінці краще спати та підтримувати контроль маси тіла, попереджуючи надмірне її збільшення, гестаційний діабет та депресію, підтримують тонус м'язів живота, попереджують виникнення розтяжок, навчають і підвищують здатність тужитися у період вигнання, мають позитивний вплив на зміцнення тазових м'язів і, як наслідок, позитивний результат вагітності та перебігу пологів. У жінок, які займаються фізичними вправами під час вагітності, спостерігається низька частота епізіотомії і тазового передлежання [21].

Програма фізичних вправ для вагітної має бути динамічною та регулярною, принаймні тричі на тиждень, а в ідеалі – щодня, тривалістю щонайменше 15 хв, яку слід поступово збільшувати до 30 хв, мінімум – до 150 хв щотижневої фізичної активності.

Методи профілактики акушерських травм і дисфункції промежини під час пологів

1. Комунікація між персоналом і пацієнткою.
2. Навчання персоналу і командна робота.
3. Зміна положення під час пологів.
4. Материнська позиція під час пологів.
5. Теплі компреси.
6. Масаж промежини.
7. Техніка потуг.
8. Захист промежини.
9. Пологи у воді.
10. Епізіотомія.

1. Ефективна комунікація між персоналом і пацієнткою.

Є важливим аспектом концепції шанобливого відношення до роділлі і рекомендованим Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) варіантом догляду. Повинен бути діалог, у якому жінки мають бути поінформовані про необхідні втручання та, якщо можливо, мати право вибору (ВООЗ, 2018) [22]. Спількування переважно полягає у наданні персоналом інструкцій стосовно профілактики розривів промежини під час пологів. У випадках, коли методи ускладнені або неможливі, жінку слід повідомляти про це.

2. Навчання персоналу і командна робота.

Згідно з наявними доказами, спільна робота в умовах симуляції покращує продуктивність команди і результати для пацієнток. Рекомендовано заздалегідь узгоджувати між фахівцями відповідальність за захист промежини, акушери повинні вміти керувати складними випадками відповідно до медичної ієрархії та професійної компетенції [23].

3. Зміна положення під час пологів.

Вдала позиція вагітної є запорукою успіху пологів, сприяє її комфорту, кращій анатомо-фізіологічній адаптації під час пологів. Часта зміна положення зні-

має втому, підвищує комфорт і покращує кровообіг, тому породіль слід заохочувати прийняти положення, які вони вважають найбільш зручними [24].

4. Материнська позиція під час пологів.

Існує небагато високоякісних доказів, які б інформували про оптимальне положення роділлі під час II періоду пологів для мінімізації травми промежини. Найбільша інтактність промежини: у положеннях на руках і колінах, при нахилі тіла у положенні стоячи, сидячи з опорою та на боці.

Найвища частота та ступінь травми промежини – у положеннях сидячи навпочіпки та у положенні стоячи на колінах під час пологів. Це і тривалість часу, який жінка проводить у цьому положенні у II період, потрібно контролювати та ураховувати. Літотомія та положення навпочіпки пов'язані з підвищеним ризиком розривів високого ступеня [25, 26].

5. Прикладання тепла (теплий марлевий компрес).

Рандомізовані дослідження, які оцінюють вплив застосування теплового марлевого компресу на промежину, на травму промежини та комфорт жінки під час II періоду пологів, демонструють, що, незважаючи на незначний ефект щодо розривів першого та другого ступенів, жінки у групі застосування теплового марлевого компресу мають значно менше розривів третього та четвертого ступенів і суттєво менший біль у промежині у перші дні після пологів. Крім того, через три місяці вони відзначають значно нижчу частоту нетримання сечі порівняно з жінками, які входять до групи стандартного догляду. Цю просту і недорогу практику можна поєднувати з допомогою у II період пологів [1, 2, 6, 27].

Переваги застосування теплих компресів на промежину у II період пологів зменшує частоту тяжких розривів промежини, підвищує комфорт, прийнятний для жінок і акушерок. Проте існує ризик опіку промежини за наявності зниженої термочутливості.

Рекомендовано: пропонувати теплі компреси на промежину у II період пологів, розробити локальну політику щодо стандартизації приготування та температури теплих компресів для забезпечення безпечної температури перед застосуванням, особливо у жінок зі зниженою температурною чутливістю, інформувати жінку щодо повідомлення про дискомфорт і зупинитись на прохання жінки, оскільки існує ризик опіку промежини за зниженої термочутливості [1, 2].

6. Масаж промежини під час пологів.

Масаж промежини асоціюється з такими перевагами, як зменшення стресу, посилення кровообігу та полегшення болю. Більше того, коли м'язи промежини сильно розтягнуті, у жінок, яким проводиться її масаж, існує менша ймовірність отримати травму промежини. Ця практика сприяє більшій еластичності та м'якості тканин, допомагаючи жінці адаптуватись до відчуття тиску, зумовленого плодом під час пологів.

Дослідження, проведені з метою перевірки впливу масажу промежини з вазеліном на її травму, щодо частоти епізіотомії та розривів промежини, встановили

значно меншу тривалість пологів у II період та більш високу частоту випадків неущкодження промежини. Випадків рваних ран третього чи четвертого ступеня не було. Що стосується травми промежини, то масаж асоціювався зі зниженням частоти епізіотомії та збільшенням частоти розривів першого та другого ступенів. Крім того, у контрольному дослідженні до 10 днів після пологів у групі жінок, які проходили масаж, не було виявлено жодних побічних ефектів від використання вазеліну.

Отже, зроблено висновок, що масаж промежини з вазеліном у II період пологів забезпечує збереження цілісності промежини та зменшує її травматизацію (епізіотомія та розриви). Його рекомендовано як ефективний спосіб збереження цілісності промежини під час пологів. Різні техніки масажу виконують з використанням різних змащувальних засобів: гелів, олій, желе, вазеліну або воску [2, 28].

Для проведення масажу промежини пропонується використовувати спеціальні акушерські гелі для пологів, які здатні утворювати амукоадгезивну плівку у пологових шляхах. Автори наголошують на тому, що вони крім захисного ефекту суттєво скорочують II період пологів, не справляють негативних ефектів, таких, як алергії реакції, інфікування або аспірація новонароджених. Ці результати свідчать про те, що використання акушерського гелю для полегшення пологів, починаючи з I періоду пологів, можна вважати безпечним [29–31].

Автори даної статті мають тривалий позитивний досвід застосування акушерського гелю, який містить гіалуронову кислоту та декаметоксин, з метою профілактики та відновлення після акушерських травм. Він продемонстрував високу клінічну ефективність під час пологів: зниження в 1,32 раза частки жінок із розривами піхви та промежини ($p < 0,05$) та в 1,63 раза – частоти проведення епізіотомій ($p < 0,05$). Використання цього гелю у післяпологовий період сприяє зменшенню неприємних відчуттів у ділянці піхви та промежини у формі дискомфорту, болю та більш швидкому загоєнню рани [32].

7. Техніка потуг.

У рандомізованих контрольованих дослідженнях при порівнянні груп жінок, які використовували спонтанні потуги (утримуючи голосову щілину відкритою), і жінок, які виконували маневр Вальсальви (утримуючи голосову щілину закритою та тужачись протягом максимального часу), виявилось, що за частотою епізіотомії, розривів промежини або післяпологової кровотечі відмінності не достовірні; II період пологів і тривалість періоду вигнання значно довші у групі, яка виконувала маневр Вальсальви; неонатальні результати є більш сприятливими у групі спонтанних потуг з кращими оцінками за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвиликах і з кращим рН і pO_2 в артерії пуповини [33].

Отже, зроблено висновок, що спонтанні потуги сприяють кращим неонатальним результатам, тому корисно навчати жінок техніки спонтанних потуг і підтримувати їх у її застосуванні.

Більш тривалий період активних потуг пов'язаний із посиленням болю у промежині під час виписки з лікарні у жінок з нульовою або незначною травмою [33].

8. *Захист промежини.*

У різних країнах існують три «філософії» ведення II періоду пологів:

- a) «захист промежини–руки на промежині»,
- b) «руки напоготові»,
- c) «без рук» (синоніми: «Let it be», «мрія інтерна»☺) – пологи без захисту промежини.

Під час пологів може використовуватись техніка «руки на промежині» (захист промежини та згинання головки плода) або «руки не на промежині та головці плода, але напоготові».

Вважається, що ручні методи захисту промежини зменшують її травму. Зокрема застосовують декілька технік, серед яких:

- Техніка згинання – згинання головки плода підтримується шляхом натискання на потилицю у напрямку вниз однією рукою, одночасно прикриваючи промежину іншою рукою.
- Маневр Рітгена – між скороченнями матки два пальці розміщують позаду заднього проходу, а на чоло плода через промежину натискають вперед і вгору. Маневр сприяє згинанню головки, полегшує її виведення і дозволяє уникнути насильницького витягання, що може призвести до травм промежини. Це також профілактичний маневр щодо розривів анального сфінктера, який виконують між скороченнями матки.
- Модифікований маневр Рітгена – ідентичний маневру Рітгена, але виконується під час потуг, а не між потугами [28].

Кожна техніка зменшує травму промежини шляхом зниження діаметра, яким проходить головка плода через вагінальний отвір жінки. Крім того, ці техніки уповільнюють народження головки, дозволяючи промежині повільно розтягуватися.

Народженню плечиків немовляти зазвичай допомагають, направляючи їх спершу вниз, щоб звільнити переднє плече, а згодом вивільняють заднє плече, піднімаючи дитину вгору.

Можливі варіанти «Руки не на промежині та головці плода, але напоготові»:

- Руки тримають подалі від промежини, лише на головку здійснюють легкий тиск.
- Руки тримають подалі від промежини, але готові застосувати протидію головці плода, якщо відбувається швидке вигнання.
- Руки взагалі не торкаються головки плода та промежини (тільки спостереження).

На сьогодні такі методики пов'язані із меншою ймовірністю проведення епізіотомії, проте рекомендації NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) з догляду під час пологів та систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень не демонструють жодної різниці у показниках тяжких розривів промежини між техніками без рук і з ручним захистом промежини. Оптимальний метод захисту/підтримки промежини невідомий [1].

Рекомендується використовувати клінічне мислення щодо вибору методу захисту промежини. Потрібно спостерігати за промежиною та оцінювати

ризик травми, сприяти народженню тіла дитини шляхом бічного згинання тулуба за вигином Каруса, використовувати мінімальну силу, необхідну для пологів, щоб зменшити ризик травми промежини у жінки і тракційної травми плода, сприяти повільному та м'якому народженню головки, плечей і тулуба плода, чітко спілкуватися, особливо на завершальних стадіях II періоду [34].

9. *Пологи у воді.*

На сьогодні все ще незрозуміло, чи впливає занурення у воду під час пологів на частоту травм промежини, оскільки представлені дані досить суперечливі. Систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень не виявляють суттєвих відмінностей у результатах травм промежини при зануренні у теплу воду у I або II період порівняно з пологами без занурення [35].

10. *Епізіотомія.*

Епізіотомія – хірургічний розріз промежини під час пологів для збільшення діаметра вульви. Епізіотомія під час вагінальних пологів була вперше рекомендована Де Лі у 1920 р. як спосіб захисту тазового дна від розривів і головки плода від травми. Багато акушерів-гінекологів досить швидко почали використовувати її як практику під час пологів, і відтоді застосування епізіотомії значно поширилося. Частота епізіотомії може коливатися від 4,9–8,4% – у Данії, Швеції, Ісландії до 100% – у Китаї та 94,5–93,3% – у Камбоджі, Туреччині [4, 36].

Протягом багатьох років вважалося, що епізіотомія допомагає запобігти тяжким вагінальним розривам під час пологів і кращому загоюванню, ніж при природних розривах, допомагає зберегти цілісність м'язів і сполучної тканини тазового дна. Тому її навіть стали проводити планово. У той самий час відновлення після епізіотомії може бути складним; можуть виникнути більш серйозні пошкодження анального сфінктера, що призведе до нетримання калу, інфекційних ускладнень, утворення рубців, диспареунії.

Сучасні дослідження спростовують багато таких тверджень, тому впроваджується політика обмежувальної епізіотомії [1, 2, 37].

Епізіотомію не застосовують під час фізіологічних пологів. Її слід виконувати лише за наявності клінічних показань до процедури (селективна) з обов'язковим інформуванням пацієнтки та отриманням інформованої згоди. Показання до епізіотомії [38]:

- ускладнені вагінальні пологи (при тазовому передлежанні, дистопії плечиків, накладенні акушерських щипців, вакуум-екстракції плода);
- дистрес плода;
- рубцеві зміни промежини, що є суттєвою перешкодою для народження дитини.

Епізіотомію та епізіорафію проводять під знеболюванням.

Залежно від ситуації використовують багато різних типів епізіотомічних розрізів, але застосування різних методик може мати різний результат (табл. 3).

Типи і характеристики епізіотомій (класифікація) [39]

Тип епізіотомії	Розташування початкового розрізу	Напрямок розрізу
Серединна	У межах 3 мм від задньої спайки (середня лінія)	Між 0 і 25° від середньої лінії
Модифікована серединна	У межах 3 мм від задньої спайки (середня лінія)	Між 0 і 25° від середньої лінії
«J»-подібна	У межах 3 мм від задньої спайки (середня лінія)	Спочатку середня лінія, потім «J» спрямована у бік сідничного бугра
Медіолатеральна	У межах 3 мм від задньої спайки (середня лінія))	У напрямку латерально під кутом від 45° до 60° до сідничного бугра
Латеральна (бічна)	1–2 см від середньої лінії	У бік сідничного бугра
Radical lateral (розріз Schuchardt)	1–2 см від середньої лінії	У бік сідничного бугра і навколо прямої кишки
Передня	Середня лінія	Середня лінія, спрямована до лобка

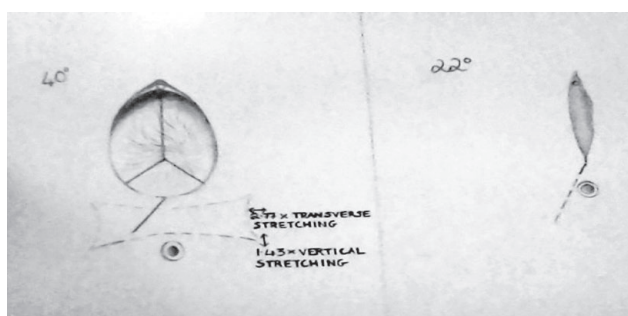


Рис. 2. Епізіотомія, виконана під кутом 45°, досягає кута 22–24° після зшивання [41]

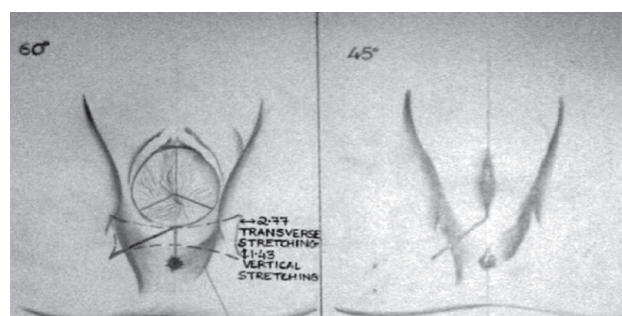


Рис.3. Епізіотомія, виконана під кутом 60°, досягає кута 45° після зшивання [41]

Наприклад, серединна епізіотомія, хоча її легко виконати, пов'язана з високою частотою серйозних акушерських пошкоджень анального сфінктера порівняно з медіолатеральною епізіотомією. З цієї причини поточне керівництво NICE рекомендує, щоб у разі виконання епізіотомії використовували техніку медіолатерального розрізу під кутом від 45 до 60° до вертикальної осі [1].

Незважаючи на рекомендації, у літературі представлені суперечливі дані про ефективність медіолатеральної епізіотомії у профілактиці акушерських травм анального сфінктера [2, 36, 37]. Більшість досліджень декларують, що медіолатеральна епізіотомія знижує частоту тяжких розривів під час спонтанних вагінальних пологів. Проте є дослідження, які доводять, що епізіотомія не захищає від тяжких розривів промежини і може фактично збільшити ризик розривів промежини третього та четвертого ступенів у жінок, які народжували багато разів [1, 27, 36].

Потенційно це пов'язано з труднощами правильного оцінювання кутів епізіотомії у пацієнток. Саме точність медіолатерального кута є вирішальною для його захисного ефекту. Частота травм анального сфінктера знижується на 50% на кожні 6° кута розрізу, з мінімальною частотою 0,5% за величини кута після зшивання 43°. Епізіотомія під кутом більше 60° також має підвищений ризик травми сфінктера, оскільки не спроможна адекватно послабити тиск на промежину [40].

К. Ма зі співавторами (2017) встановив, що ні акушери, ні акушерки не знають про відповідний правиль-

ний кут, під яким слід проводити медіолатеральну епізіотомію, щоб мінімізувати ризик тяжкої травми. Крім того, коли попросили виконати епізіотомію під кутом 60° до вертикалі, лише 15% досліджуваної групи досягли відповідного кута – між 58° і 62° [41].

Щоб гарантувати досягнення бажаного кута у 43° після зшивання оператор повинен ураховувати викривлення промежини, оскільки епізіотомію виконують, коли промежина перерозтягнена головкою плода. Унаслідок цього виникає різниця між кутами розрізу та зшивання, при цьому епізіотомія, виконана під кутом 45°, досягає кута після зшивання 22–24° (рис. 2). Тому для забезпечення кута 43° після накладання швів епізіотомію необхідно виконувати під кутом 60° (рис. 3).

Для підвищення точності медіолатеральної епізіотомії розроблено ножиці Episcissors-60 з лезами під фіксованим кутом, щоб забезпечити точний кут розрізу 60°, коли направна рука вирівнюється з анусом, що має знизити частоту травмування анального сфінктера (рис. 4) [42, 43].

Отже, відсутність наукових доказів щодо користі епізіотомії, а також наявність чітких доказів того, що вона може мати певні наслідки для жінок, особливо підвищений рівень інфікування, ризик тяжкої травми промежини, збільшення крововтрати, дискомфорту та більш довгого періоду відновлення після пологів, що впливає на налагодження процесу грудного вигодовування, разом із рекомендаціями ВООЗ має спонукати

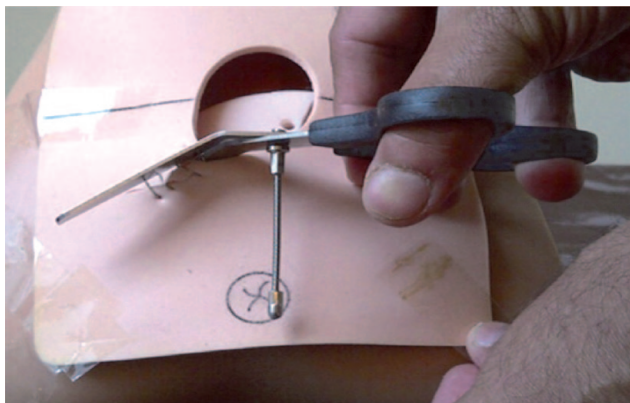


Рис. 4. Техніка застосування ножиць Episissors-60 [42, 43]

медичних працівників до пошуку альтернативних методів запобігання травмі промежини.

Хоча докази захисних ефектів епізіотомії суперечливі, проте застосування медіолатеральної епізіотомії слід розглядати під час інструментальних пологів [37].

Методи профілактики дисфункції промежини після пологів [1, 2, 27]

1. Правильне оцінювання травми промежини.
2. Хірургічне лікування.
3. Післяопераційне ведення.
4. Консультування пацієнок щодо наступних пологів.

1. Правильне оцінювання травми промежини.

Для кращої візуалізації і правильного оцінювання травми промежини після пологів лікар повинен:

1. Пояснити жінці, що планується робити і чому. За необхідності запропонувати знеболювання.
2. Забезпечити хороше освітлення.
3. Розмістити жінку так, щоб їй було зручно і щоб було чітко видно статеві органи – літотомне положення (до тих пір, скільки потрібно для огляду та ушивання).
4. Провести візуальне оцінювання ступеня травми промежини, включаючи залучені структури, знайти верхівку рани, провести ректальний огляд, щоб визначити, чи було пошкодження зовнішнього чи внутрішнього анального сфінктера, якщо є підозра на пошкодження м'язів промежини.
5. Обстеження провести обережно та *ex tempore* після народження.
6. Залучити до огляду більш досвідченого медичного працівника, якщо є сумніви щодо характеру або ступеня отриманої травми. Усі відповідні медичні працівники повинні пройти практичне навчання з оцінювання стану та відновлення промежини/статевих органів.
7. У випадку проведення епізіотомії бажано, щоб огляд і ушивання виконувала та сама особа, що її проводила.

8. Після вагінальних пологів у жодному разі не виключати пошкодження анального сфінктера та аноректальної слизової оболонки без виконання ректального дослідження. За необхідності провести подальше систематичне обстеження, включаючи ректальний огляд. За достатньої обізнаності та вміння персоналу

підвищується частота виявлення акушерської травми анального сфінктера (АТАС).

9. Використовувати ендоанальне ультразвукове дослідження (УЗД) для негайного виявлення пошкоджень анального сфінктера після пологів. Проте існують поточні обмеження щодо доступності, якості зображення, навичок інтерпретації та отримання інформованої згоди пацієнтки щодо цього методу дослідження (інструкції NICE, 2021)[1].

2. Хірургічне лікування.

Загальні принципи хірургічного лікування розривів промежини: відновлення розривів третього та четвертого ступенів має проводити лікар, який пройшов відповідну підготовку. Ушивання повинно проводитись в операційній, під місцевою або загальною анестезією, з хорошим освітленням та відповідними приладами. Слід уникати швів типу вісімки (можуть спричинювати ішемію тканин). Після ушивання слід провести ректальний огляд – переконатися у відсутності швів, які випадково накладені на аноректальну слизову оболонку. Якщо виявлено такий шов, його необхідно видалити [2].

Ушивання розривів третього та четвертого ступенів. Для відновлення слизової оболонки прямої кишки використовують безперервні або окремі шви. Традиційно методика відновлення розірваної слизової оболонки анального отвору полягала у накладанні окремих швів із зав'язуванням вузла в анальному каналі. Однак ці рекомендації стосуються кетгуту (для мінімізації реакції тканин та інфікування). Для поліглатину це не потрібно, оскільки він розчиняється шляхом гідролізу.

Внутрішній анальний сфінктер бажано ушити окремими, або безперервними, або матрацними швами з використанням техніки «кінць-в-кінць» без перекриття, що покращує прогноз подальшого анального утримання. Зовнішній анальний сфінктер ушивається з використанням техніки «кінць-в-кінць» або «перекриття» з еквівалентними результатами. Для часткових розривів товщі сфінктера (всі 3а і деякі 3б) використовують техніку «кінць-в-кінць». Техніка «перекриття» використовується тільки при повних розривах сфінктера, щоб розірвані кінці перекривалися без напруження [44, 45].

Шовний матеріал. Для ушивання аноректальної слизової оболонки рекомендується використовувати 3-0 поліглатин (менше подразнення та дискомфорту, ніж від полідіоксанонових (PDS) швів). Для сфінктера – монониткові шви (3-0 PDS) або сучасні плетені нитки (2-0 поліглатин), які мають еквівалентні результати.

Під час хірургічної корекції анального сфінктера слід занурювати хірургічні вузли під поверхневі м'язи промежини, щоб мінімізувати ризик міграції вузлів і швів у шкіру. Міграція шва після ушивання розриву промежини може відбуватися у 7% випадків. Діагноз встановлюють, коли жінка під час огляду скаржиться на подразнення/біль навколо промежини після ушивання. Кінчики оголеного шва можна обрізати в амбулаторних умовах під місцевою анестезією [1, 2, 27].

3. Післяопераційне ведення пацієнток [2, 27].

- Антибіотики широкого спектра дії
- Використання проносних засобів для зниження ризику розриву рани
- Може бути корисною фізіотерапія після АТАС
- Жінки з АТАС повинні пройти огляд через 6–12 тиж після пологів
- Якщо у жінки є нетримання сечі або біль під час огляду – направлення до гінеколога або колоректального хірурга.

4. Консультування пацієнток після хірургічного втручання щодо наступних пологів.

Усі жінки з АТАС повинні бути ретельно проконсультувані щодо наступних пологів, одним із варіантів яких є плановий кесарів розтин. Якщо жінка планує вагінальні пологи, вказати, що роль профілактичної епісіотомії під час наступних пологів нез'ясована. Рішення про її виконання має бути клінічним рішенням фахівця, який буде вести пологи [1, 2].

Жінкам з АТАС під час попередньої вагітності та з аномальними результатами ендоанального УЗД (де-

фект зовнішнього сфінктера більше 30°) і/або манометрії (підвищення тиску стискання ≤ 20 мм рт.ст.) слід рекомендувати плановий кесарів розтин [46].

Відновлення статевого життя

На сьогодні відсутні загальноприйняті рекомендації щодо визначення ідеального часу початку статевого життя після травми промежини. Ці терміни зазвичай визначає жінка відповідно до періоду її одужання (у середньому 6–8 тиж). У випадку диспареунії пропонується рясно використовувати лубрикант, експериментувати з позами для комфорту жінки, а також пропонувати обговорення шляхів вирішення проблеми разом з партнером [14].

Отже, для підвищення якості надання медичної допомоги існує потреба у перегляді існуючих підходів до профілактики травм промежини під час пологів. Слід проводити просвітницьку роботу з медичним персоналом для покращення знань, навичок і компетенцій, спрямованих на профілактику, попередження, правильну діагностику і лікування акушерських травм.

Відомості про авторів

Жук Світлана Іванівна – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 460-54-45. *E-mail: zhuksvitlana@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-1565-8166

Щуревська Оксана Дмитрівна – д-р мед. наук, проф., кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 460-54-45. *E-mail: fetalmedic@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-7236-348X

Щербінська Олена Станіславівна – д-р мед. наук, проф., кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (044) 460-54-45. *E-mail: fetalmedic@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-5401-7110

Information about the authors

Zhuk Svitlana I. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics, Gynaecology and Fetal Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 460-54-45. *E-mail: zhuksvitlana@ukr.net*

ORCID: 0000-0003-1565-8166

Shchurevska Oksana D. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics, Gynaecology and Fetal Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 460-54-45. *E-mail: fetalmedic@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-7236-348X

Shcherbinska Olena S. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics, Gynaecology and Fetal Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 460-54-45. *E-mail: fetalmedic@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-5401-7110

ПОСИЛАННЯ

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. Clinical guideline [CG190]. NICE; 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
2. Royal College of Obstetrics and Gynaecology. Management of third and fourth degree perineal tears [Internet]. Greentop guideline number. 2015. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>.
3. Department for Health and Wellbeing. South Australian Perinatal Practice Guideline – Third and fourth degree tear management [Internet]. 2018. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/1faf87004eedec4db635b76a7ac0d6e4/Third+and+Fourth+Degree+Tear+Management_PPG_v5_1.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-1faf87004eedec4db635b76a7ac0d6e4-n1mzbge.
4. Blondel B, Alexander S, Bjarnadottir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolich Z, et al. J. Euro-Peristat Scientific Committee. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95(7):746-54. doi: 10.1111/aogs.12894.
5. Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan AH, Thakar R. Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. Int Urogynecol J. 2020;31(11):2247-59. doi: 10.1007/s00192-020-04464-5.
6. Queensland Clinical Guidelines. Queensland clinical guidelines: Perineal Care 2018 [Internet]. Clinical guideline MN23.30-V5-R28. Queensland: Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Queensland Maternity and Neonatal Clinical Network; 2018. 32 p. Available from: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf.
7. Lindberg I, Persson M, Nilsson M, Uustal E, Lindqvist M. «Taken by surprise» - Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. Midwifery. 2020;87:102748. doi: 10.1016/j.midw.2020.102748.
8. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 11 revision [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
9. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk. 1999;5:193-6.
10. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, editors. Vaginal delivery [Internet]. Wil-

- liams Obstetrics, 25e. McGraw-Hill Education; 2018. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1918§ionid=150960110>.
11. Roper JC, Thakar R, Hurt KJ, Sultan AH. Diagnosis, management and training in perineal trauma: a UK national survey of obstetricians. *Int Urogynecol J*. 2023;34(12):2873-83. doi: 10.1007/s00192-023-05590-6.
 12. Meister MR, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(3):310.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.041.
 13. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, et al. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7653. doi: 10.3390/ijerph19137653.
 14. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract*. 2018;47(1-2):35-38. doi: 10.31128/AFP-09-17-4333.
 15. Khamesh FK, Zagami SE, Ghavami V. The Relationship between Perineal Trauma and Striae Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(5):363-9. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR.379.20.
 16. Milka W, Paradowska W, Kolomańska-Bogucka D, Mazur-Biały AI. Antenatal perineal massage - risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia - a systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2023;52(8):102627. doi: 10.1016/j.jogoh.2023.102627.
 17. Ferreira-couto CM, Fernandes-Carneiro M. Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Glob*. 2017;16(47):539-75. doi: 10.6018/eglobal.16.3.252131.
 18. Persson M, Lindberg I, Öhman A. Regional and clinical guidelines for prevention and care of obstetric anal sphincter injuries – A critical frame analysis. *Midwifery*. 2023;119:103608. doi: 10.1016/j.midw.2023.103608.
 19. Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*. 2017;50:72-7. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015.
 20. Donmez S, Kavlak O. Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. *Health*. 2015;7(4):495-505. doi: 10.4236/health.2015.74059.
 21. Silva-Jose C, Diaz-Blanco A, Barakat R, Refoyo I. Physical activity during pregnancy is associated with a lower number of perineal tears. *Transl Sports Med*. 2021;4:38-43. doi: 10.1002/tsm2.194.
 22. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 238 p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>.
 23. Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(3S):991-1004. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.021.
 24. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(7):455-60. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.12.002.
 25. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(4):460-7. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.06.007.
 26. Familiari A, Neri C, Passananti E, Marco GD, Felici F, Ranieri E, et al. Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Glob Rep*. 2023;3(1):100160. doi: 10.1016/j.xagr.2023.100160.
 27. The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice bulletin no. 198: prevention and Management of Obstetric Lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2018;132:87-102. doi: 10.1097/AOG.0000000000002841.
 28. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.
 29. Li Y, Wang C, Lu H, Cao L, Zhu X, Wang A, Sun R. Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *Inter J Nursing Stud*. 2023;138:104390. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104390.
 30. Lei Shi, Lin Xiao, Long Ge, sut-ing Liu, yuanyuan Luo, Jinhui Tian, et al. A Protocol for Developing a Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Perineal Tears at Vaginal Delivery [Internet]. *Research Square* (preprint). 2021. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1115699/v1>.
 31. Schaub E. Obstetric gel has advantages in the second stage of labor. *J Perinat. Med*. 2008;36:129-35. doi: 10.1515/JPM.2008.024
 32. Zhuk S, Salnikov S, Zakhurdayeva L, Lakhno Y, Derba K, Andreishina D. Reducing obstetric trauma by increasing the elasticity of the birth canal. *Reprod Health Women*. 2023;3:36-43. doi: 10.30841/2708-8731.3.2023.283888.
 33. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124
 34. Pierce-Williams R, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(6):993-1001. doi: 10.1080/14767058.2019.1619686.
 35. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.
 36. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *UERJ*. 2011;19(2):181-5.
 37. 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.
 38. Ministry of Health of Ukraine. On Approval of the Unified Clinical Protocol of Primary, Secondary (Specialized), Tertiary (Highly Specialized) Medical Care "Physiological Childbirth" [Internet]. 2022. Order No. 170; 2022 Jan 26. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0688282-21#Text>.
 39. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012;119(5):522-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x.
 40. Marty N, Verspyck E. Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure - CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(12):948-67. doi: 10.1016/j.gofs.2018.10.024.
 41. Ma K, Byrd L. Episiotomy: What angle do you cut to the midline? European J Obst Gynecol Reprod Biol. 2017;213:102-06. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.006.
 42. Cole J, Lacey L, Bulchandani S. The use of Episissors-60 to reduce the rate of Obstetric Anal Sphincter Injuries: A systematic review. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol*. 2019;237:23-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.004.
 43. Freeman RM, Hollands HJ, Barron LF, Kapoor DS. Cutting a mediolateral episiotomy at the correct angle: evaluation of a new device, the Episissors-60. *Med Devices (Auckl)*. 2014;21(7):23-8. doi: 10.2147/MDER.S60056.
 44. Hickman LC, Propst K. Accurate diagnosis and repair of obstetric anal sphincter injuries: why and how. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):580.e1-580.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.044.
 45. Aigmueller T, Umek W, Elenskaia K, Frudinger A, Pfeifer J, Helmer H, et al. Guidelines for the management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth from the Austrian Urogynecology Working Group. *Int Urogynecol J*. 2013;24(4):553-8. doi: 10.1007/s00192-012-1982-x.
 46. Walsh KA, Grivell RM. Use of endo-anal ultrasound for reducing the risk of complications related to anal sphincter injury after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD010826. doi: 10.1002/14651858.

Стаття надійшла до редакції 26.03.2024. – Дата першого рішення 28.03.2024. – Стаття подана до друку 26.04.2024