

Dysfunkcje miednicy

Od kilku dekad dynamicznie wzrasta liczba kobiet regularnie uprawiających sport. Wiemy doskonale, że szczupła sylwetka, dobra kondycja fizyczna, zadbane wygląd są synonimem zdrowia i wpływają na naszą atrakcyjność. Nie zawsze jednak, mimo chęci, możliwe jest uczestniczenie w wybranych zajęciach sportowych. Jedną z przyczyn są dolegliwości w obrębie miednicy, które mogą być konsekwencją zmian w układzie stawowo-mięśniowym znacznie ograniczając kobietę aktywność.



Do najczęstszych dolegliwości w obrębie miednicy ograniczających aktywność fizyczną kobiet zaliczamy:

- bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (zarówno punktowe, jak i promieniujące),
- trudny do zlokalizowania ból w obrębie miednicy,
- nietrzymanie moczu,
- obniżenie narządów rodnych,
- zaburzenia w okolicy odbytowej (nietrzymanie stolca, gazów, hemoroidy).

Miednica tworzy zamknięty krąg kostno-stawowy utworzony przez kość krzyżową, pojedynczą lub podwójną kość guziczną, dwie kości miedniczne oraz dwa stawy krzyżowo-biodrowe, staw krzyżowo-guziczny, ewentualnie staw międzyguziczny i spojenie łonowe. Kość miedniczną tworzą trzy kości: biodrowa, łonowa i kulszowa, które stanowią jedną całość. Do miednicy bezpośrednio przyczepia się 35 mięśni zarówno od strony zewnętrznej, jak i wewnętrznej, których zadaniem jest zapewnienie jednocześnie stabilności i mobilności. Mięśnie z pomocą wiązadeł i

powinno musi zapewnić tyle mobilności, aby człowiek mógł się poruszać, jednocześnie zachować tyle stabilności, aby robić to w sposób bezpieczny i powtarzalny.

Rola mięśni dna miednicy

W ostatnim czasie coraz większą uwagę poświęca się zarówno w badaniach klinicznych, jak i różnego rodzaju opracowaniach, roli mięśni dna miednicy (MDM). Dno miednicy to obszar rozciągający się pomiędzy guzami kulszowymi po bokach, kości guzicznej (ogonowej) z tyłu oraz spojeniem łonowym z przodu. Obszar ten potocznie zwany jest krocem i ze względów kulturowych nie należy do chętnie i często poruszanych zagadnień w życiu codziennym. Kluczowym mięśniem stanowiącym zasadniczą część dna miednicy jest mięsień dźwigacz odbytu, który składa się z części łonowo-guzicznej, łonowo-odbytniczej i biodrowo-guzicznej. Mięśnie dna miednicy są odpowiedzialne za podparcie i utrzymanie w prawidłowym położeniu narządów miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnica, kanał odbytu, narządy płciowe), a zaburzenie tej równowagi w skutek ich osłabienia prowadzi do rozmaitych dysfunkcji uroginekologicznych, np. obturacyjnego zapalenia dróg rodnych, nietrzymania moczu lub gazów.

Mięśnie tworzące dno miednicy należą do grupy mięśni poprzecznie prążkowanych, sterowanie ich ruchem podlega świadomej i odruchowej kontroli ze strony układu nerwowego. Zbudowane są w 70 proc. z włókien wolnokurczliwych (STF – *slow twitch fibers*), jedynie 30 proc. stanowią włókna szybko kurczliwe (FTF – *fast twitch fibers*). Włókna wolnokurczliwe tworzą mięśnie posturalne tzw. toniczne – przyzwyczajone są one do długotrwałej pracy, wolno kurczą się i trudniej relaksują. Włókna szybko kurczliwe, tzw. fazowe, to włókna mięśni działających szybko, ale z mniejszą siłą, szybciej ulegają zmęczeniu, ale też szybciej można wprowadzić je w stan relaksacji. Zadaniem ich jest szybkie kurczenie się i, w przypadku dna miednicy, zapobieganie gubieniu moczu przy gwałtownych wzrostach ciśnienia na pęcherz.

Zarówno skurcz, jak i rozluźnienie mięśni dna miednicy odpowiadają za podstawowe funkcje życiowe organizmu człowieka związane z układem pokarmowym, wydalniczym i rozrodczym. Mniej oczywista w powszechnej świadomości jest rola MDM w stabilizacji tułowia. Mięsień dźwigacz odbytu wraz z mięśniami poprzecznymi brzucha, mięśniami wielodzielnymi i przeponą klatki piersiowej należą do lokalnych mięśni stanowiących wewnętrzny cylinder stabilizujący kręgosłup lędźwiowy i krzyżowy. Odpowiedzialny jest on za stabilizację obręczy miednicznej w pozycji stojącej, stabilizację nogi podporowej i wykroczonej w trakcie chodu.

Biorąc pod uwagę wszystkie funkcje MDM można stwierdzić, że jest to najbardziej aktywna grupa mięśniowa podczas wykonywania codziennych czynności ruchowych. W przypadku braku aktywności mięśni dna miednicy, na skutek uszkodzeń w unerwieniu oraz w skutek procesu starzenia się, zmniejszeniu ulega liczba włókien wolnych, a przyrostowi liczba włókien szybkich. Dno miednicy staje się zatem mniej wydolne w swojej funkcji i w konsekwencji dochodzi do zmian, które mogą objawiać się dolegliwościami wspomnianymi na początku artykułu. Do najczęściej spotykanych spośród nich zaliczane jest nietrzymanie moczu a szczególnie forma wysiłkowego nietrzymania moczu, która objawia się niekontrolowanym gubieniem moczu podczas wysiłku (kaszel, kichnięcie, bieg, podskoki).

Wysiłkowe nietrzymanie moczu

W zależności od rodzaju dolegliwości i stopnia nasilenia objawów częściej kobiet ogranicza bądź całkowicie rezygnuje z aktywności fizycznej. Brak należytej informacji, jak można poradzić

sobie z kr?puj?cym problemem, gdzie szuka? fachowej pomocy i finalnie brak podj?cia terapii, dodatkowo wp?ywaj? na kontakty socjalne – kobiety nie uczestnicz? w ?yciu kulturalnym, towarzyskim, cz?sto rezygnuj? z ?ycia seksualnego w obawie przed nieprzewidzian? sytuacj?. W ten sposób ko?o si? zamyka, gdy? jednym z elementów leczenia zachowawczego jest nie tylko aktywizacja mi??ni dna miednicy, lecz utrzymanie w sprawno?ci ca?ego uk?adu szkieletowo-mi??niowego. Dzi?ki danym pochodz?cym z obserwacji klinicznych wiemy, ?e ryzyko wyst?pienia wysi?kowego nietrzymania moczu dotyczy co trzeciej kobiety i wzrasta wraz z wiekiem. Dodatkowo do czynników obci??aj?cych zaliczamy: ci???, poród (cesarskie ci?cie nie gwarantuje braku wyst?pienia dolegliwo?ci), stres, nieprawid?owe nawyki toaletowe, zbyt du?e obci??enia wp?ywaj?ce na wzrost ci?nienia w jamie brzusznej, przebyte zabiegi w obr?bie miednicy, obci??enia genetyczne. Ponadto nale?y pami?ta?, ?e dno miednicy w pewnych momentach ?ycia ka?dej kobiety jest szczególnie wra?liwe, s? to: pocz?tek i koniec cyklu miesi?czkowego, oko?o 9 miesi?cy po porodzie i w czasie menopauzy. Tu kluczowa wydaje si? rola trenera lub instruktora fitness, który b?d?c baczny obserwato?em uczestnicz?cych w zaj?ciach os?b, mo?e podj?? w?a?ciwe dzia?ania. Nale?a?oby zwróci? szczeg?ln? uwag? na dob?r odpowiednich ?wicze? do uczestnicz?cych w grupie os?b. Panie, które zmagaj? si? z problemem nietrzymania moczu, intuicyjnie unikaj? podskoków, kopni??, biegu czy nag?ej zmiany pozycji w trakcie ?wicze?. Prosz? dyskretnie zwróci? uwag? czy w grupie, któr? Pa?stwo prowadzicie, zdarzaj? si? sytuacje, ?e pojedyncze osoby przerywaj? ?wiczenia w?a?nie przy tego rodzaju aktywno?ciach? By? mo?e s? zmuszone, aby w trakcie zaj?? uda? si? do toalety? Te uczestniczki zaj?? z pewno?ci doceni? mo?liwo?? wykonywania ?wicze? alternatywnych. Warto równie? podkre?la? w trakcie zaj?? rol? mi??ni dna miednicy i uczy? prawid?owej koordynacji oddechowo-mi??niowej zwi?zanej z aktywizacj? tej grupy mi??niowej. Dobrym rozwizaniem wydaj? si? by? zaj?cia o niskiej lub umiarkowanej intensywno?ci gdzie sta?ym elementem jest trening sensomotoryczny, prowadzona jest nauka odczuwania elementów w?asnego cia?a poprzez ruch oraz relaksacja po??czona z nauk? w?a?ciwego oddechu, poniewa? niezwykle wa?ne dla prawid?owej fizjologii dna miednicy jest zgranie pracy mi??ni dna miednicy z oddechem (d?wi?k i praca jamy ustnej w sposób po?redni pomagaj? w poprawie funkcji struktur dna miednicy). Prawid?owy oddech nale?y sobie wyobrazi?, gdy na wydechu przepona oddechowa porusza si? w kierunku dog?owowym, jednoczenie mi??nie dna miednicy kurcz? si? ku górze, mi?sie? poprzeczny brzucha równie? si? kurczy, natomiast w trakcie wdechu przepona oddechowa naciska na narz?dy jamy brzusznej, przesuwaj?c si? w dól, a mi??nie dna miednicy i mi?sie? poprzeczny brzucha pracuj? ekscentrycznie.

Na zako?czenie

Z w?asnych obserwacji wiem, ?e nauka prawid?owego skurczu i w?a?ciwej relaksacji MDM w po??czeniu z odpowiednim oddechem jest nie lada wyzwaniem i zajmuje sporo powtórze?, zanim cia?o poczuje, czego od niego wymagamy. Zach?cam równie? do „odczarowania” tego wstydliviego

tematu, poniewa? nadal w trakcie rozmów prowadzonych w ramach pracy wolontaryjnej w jednym z warszawskich szpitali obserwuj? brak wiedzy na temat tego, gdzie szuka? pomocy i jak radzi? sobie z k?opotliwymi objawami, co znacznie op?nia moment specjalistycznej konsultacji w tym zakresie. Bior?c pod uwag?, jak du?o kobiet zмага si? z tym problemem, nale?y rozpowszechnia? informacje o mo?liwo?ci leczenia zachowawczego (nieoperacyjnego), które, je?li rozpocz?te odpowiednio wcze?nie i pod nadzorem fizjoterapeuty uroginekologicznego, pozwala na istotne lub ca?kowite zniesienie dolegliwo?ci.

Autor: mgr Natalia Wawszczyk fizjoterapeuta, specjalistka w uroginekologii

Zamieszczone teksty stanowi? w?asno?? intelektualn? autorów, tym samym nie mog? by? wykorzystywane w ca?o?ci lub w cz??ci bez zgody autorów.