

EWELINA TYSZKO-BURY

ZASTOSOWANIE TECHNIK OSTEOPATYCZNYCH U PACJENTEK Z DOLEGLIWOŚCIAMI BÓLOWYMI DNA MIEDNICY

Bóle miednicy są bardzo szerokim tematem przysparzającym często wiele problemów. Jest to problem wielowątkowy i interdyscyplinarny. Miednica jako pierścień kostny jest swego rodzaju bastionem i ochroną tego, co znajduje się wewnątrz niej.

Patrząc na miednicę od przodu, wiadać spojenie łonowe, czyli połączenie dwóch kości łonowych. Obie kości łączą się ze sobą płytką chrząstki włóknistej, w którą wplatają się włókna mięśnia prostego brzucha, co ewidentnie wzmacnia spojenie łonowe. Kość łonowa posiada swój trzon, gałąź górną i dolną. Sąsiaduje ku dołowi z dolną gałęzią kości kulszowej, a ku górze z kością kulszową i biodrową. W skład tego swoistego pierścienia wchodzi też kość krzyżowa, która z tyłu domyka miednicę, jak również o kość guziczna – tak bardzo utrudniająca czasem siedzenie [1]. Skomplikowany układ bardzo wielu struktur mięśniowo-powięziowych i trzewnych sprawia, że diagnostyka w obrębie miednicy jest tematem niełatwym. Dno miednicy jako system nakładających się na siebie warstw mięśniowych i tworzy niejako „przeponę dna miednicy”. Nie bez przyczyny ta partia mięśni w języku an-

gielskim zwie się *pelvic floor* – podłoga miednicy. To ona bierze czynny udział w stabilizacji narządów miednicy i jest niezbędnym komponentem w stabilizacji odcinka lędźwiowego.

Z CZEGO SKŁADA SIĘ PELVIC FLOR

Można wyróżnić tu trzy warstwy: powierzchnową, środkową i głęboką.

Warstwa powierzchnowa składa się z:

- mięśnia opuszkowo-gąbczastego (m. *bulbospongiosus*) – który związany jest ze zwieraczem zewnętrznym odbytu (m. *sphincter ani externus*),
- mięśnia kulszowo-jamistego (m. *ischiocavernosus*) – u kobiet jest słabo rozwinięty, leży na odnodze techtaczki i działa na jej ciało jamiste,
- zwieracza zewnętrznego odbytu (m. *sphincter ani externus*) – jest to mięsień poprzecznie prążkowany zależny od woli, w fazie spoczynku jest napięty, w skurczu dociska ściany odbytnicy,

- mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej (m. *sphincter urethrae externus*) – stanowi wzmocnienie zwieracza wewnętrznego.

Warstwa środkowa składa się z:

- mięśnia poprzecznego powierzchownego krocza (m. *transversus peronei superficialis*) – napina środek ścięgny krocza. Jest to mięsień osobniczo zmienny i bardzo często podczas anatomii sekcyjnej nie można go wyodrębnić [2],
- mięśnia poprzecznego głębokiego krocza (m. *transversus peronei profundus*), który tworzy przeponę moczowo-płciową (diaphragma urogenitale) – wzmacnia od przodu przeponę miednicy, ma grubość ok. 1 cm, łączy dolne gałęzie kości łonowych oraz gałęzie kości kulszowych, stabilizuje cewkę moczową. Ma kształt trójkąta, skierowany jest podstawą od tyłu ku dołowi, a wierzchołkiem do przodu i ku górze [3].

Warstwa głęboka składa się z:

- mięśnia guzicznego (m. *coccygeus*),
- mięśnia zasłaniacza wewnętrznego (m. *obturatorius internus*),
- mięśnia dźwigacza odbytu (m. *levator ani*), który utworzony jest przez trzy mięśnie: mięsień łonowo-odbytniczy, łonowo-guziczny i mięsień biodrowo-guziczny [4].

Mięsień dźwigacz odbytu tworzy przeponę miednicy. Rozpięty pomiędzy kością łonową, ciałem odbytowo-guzicznym a kością guziczną tworzy wachlarz mięśni pełniący podwójną funkcję. Mocuje i utrzymuje narządy miednicy i jamy brzusznej, zamykając je od dołu, a tym samym chroni je przed wypadnięciem, jak również kontroluje końcowe odcinki odbytnicy oraz dróg moczowo-płciowych [2]. Tkanka łączna pokrywająca mięśnie tworzy powięź górną i dolną. Przepona miednicy i przepona moczowo-płciowa układają się wobec siebie piętrowo. Zrastają się one w obrębie wrót mięśni dźwigaczy odbytu. Powięź trzewna miednicy ma miejscami bardziej zwartą strukturę i tworzy więzadła krzyżowo-maciczne i podstawowe macicy [5].

PRZYCZYNY BÓLÓW

Jako problem interdyscyplinarny bóle dna miednicy mogą dotyczyć wielu narządów. Najczęstszym pojawiającym się w gabinecie osteopaty jest problem kości guzicznej – coccygodynia, czyli bóle kości guzicznej mogące promieniować do miednicy i odbytnicy. Największy odsetek osób cierpiących na tę dolegliwość to kobiety. Pojawia się ona bardzo często po porodach drogami natury, ale nie tylko. Innym powodem może być upadek na kość guziczną (snowboard, narty), nieprawidłowe siedzenie, np. w kajaku (miednica podąża do tyłopochylenia, więc cały ciężar przenoszony jest na kość guziczną) czy jazda na rowerze. Pojawienie się bólu w okolicy kości ogonowej bez uchwytnej przyczyny może mieć również charakter psychosomatyczny [7]. Bardzo często bóle dna miednicy pojawiające się w korelacji z traumą kości guzicznej nie wynikają z niej samej. Oczywiście może dojść do złamania bądź zwinięcia, które powoduje dolegliwości bólowe, ale bardzo często w gabinecie pojawiają się osoby opowiadające o wypadku z dzieciństwa w korelacji z niedawnym przecięciem niejako tej okolicy (poród, upadek), co jest czynnikiem spustowym dolegliwości bólowych. Dlaczego więc bardzo często kość guziczna nie jest zwinięta ani złamana, a ból zaczyna doskwierać pacjentom? Otóż wynika to z wcześniej przedstawionej anatomii. Skoro mięśnie dna miednicy stanowią przepoń mięśniową umocowaną między kością guziczną i łonową, to trauma w ich okolicy spowoduje wzmożone napięcie obronne tkanek. A ponieważ jest to problem dość wstydlivy, pacjenci bardzo późno zgłaszają się z nim do specjalisty, co skutkuje szeregiem kompensacji wytworzonych przez organizm. Jakie to konsekwencje? Skoro dno miednicy jest przepoń mięśniową, powinno ono pracować podczas oddychania jak przepoń oddzielająca klatkę piersiową od jamy brzusznej. Utrzymujące się napięcie po jednej ze stron powoduje, że przepoń miednicy nie będzie wystarczająco obniżała się na wdechu i podnosiła na wydechu. W konsekwencji obręcz miednicy ustawi się w charakte-

rystyczny sposób. Po stronie zwiększonego napięcia kość biodrowy przedni górny ustawi się ku dołowi, co zwiększa jego odległość od pępka, a kość krzyżowa będzie w dysfunkcji rotacyjnej na swojej osi skośnej. Trzewia po tej stronie nie będą wystarczająco mobilizowane ruchem oddechowym, co spowoduje zaburzenia ruchomości między poszczególnymi narządami. Zwiększenie napięcia struktur jamy brzusznej będzie w konsekwencji prowadziło do zwiększenia napięcia mięśnia biodrowo-łędźwiowego, czyli dysfunkcji odcinka łędźwiowego, czyli dysfunkcji odcinka łędźwiowego po jednej ze stron [7].

Analizując dolegliwości pochodzące z tkanek miękkich, należy wziąć pod uwagę zespół mięśni dźwigaczy odbytu (*levator ani syndrom*). Najczęściej dotyczy kobiet po porodach, operacjach ginekologicznych, operacjach kręgosłupa łędźwiowego. Bezpośrednią przyczyną bólu jest silny skurcz dźwigacza odbytu. Dolegliwości są niesymetryczne, połączone z uczuciem parcia na odbytnicę, a nasilają się w pozycji siedzącej. Ból może mieć charakter przewlekły lub nawracający i może promieniować do pochwy [8]. Podobnym zagadnieniem jest *proctalia fugax*, czyli napadowy ból odbytu, który może występować kilka razy do roku. Między napadami pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości bólowych. Etiologia nie jest do końca poznana. Winowajcą jest tu mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu, który ulega silnemu samoistnemu skurczowi. Biorąc pod uwagę inne zagadnienia proktologiczne, nie należy zapominać, że bóle dna miednicy powodują również guzki krwawnicze w stanie zapalnym, ropień okołoodbytniczy, zapalenie kanału odbytu, zapalenie mięśnia łonowo-odbytniczego czy blizny po zabiegach proktologicznych [6]. Są to problemy, z którymi należy udać się do lekarza proktologa, jednak fizjoterapeuta podczas zbierania wywiadu nie może zapomnieć o ich istnieniu.

CODZIENNA PRACA Z BÓLAMI OKOLICY MIEDNICY

Co należy brać pod uwagę w naszej codziennej pracy z bólami okolicy miednicy? Otóż zrosty wewnątrzotrzewnowe. Główną

przyczyną ich powstawania, oprócz fizjologicznego stanu zapalnego, są zabiegi operacyjne w obrębie narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej [9]. Dolegliwości bólowe spowodowane są zaburzoną anatomią i motoryką narządów, głównie jelit. Nasila je aktywność fizyczna czy stosunki płciowe, które powodują rozciąganie otrzewnej, tym samym wyzwalając ból przez pobudzenie nocyceptorów zlokalizowanych w zrostach [10]. Operacje w obrębie jamy brzusznej czy miednicy mniejszej zawsze będą nosiły ze sobą pewne konsekwencje. Naturalną z nich jest blizna, czyli tkanka zastępcza powstająca w celu odtworzenia ciągłości powłok. Rana zostaje oczyszczona przez komórki zapalenia migrujące wzdłuż macierzy skrzepu, a następnie pojawiają się proliferujące komórki śródbłonka, fibroblasty oraz komórki naskórka. Powstają nowe naczynia krwionośne oraz nowa zewnątrzkomórkowa macierz, która łączy brzegi uszkodzonej skóry i staje się początkiem tkanki zastępczej, która zamyka otwartą ranę. Kolejną fazą jest powstawanie włókien kolagenowych i elastynowych. Okres gojenia to ok. 4 tygodnie, ale faza modelowania trwa do 2 lat po zabiegu [11]. W związku z tym, że ciało jest całością, a narządy są pośrednio lub bezpośrednio ze sobą połączone, takie blizny bardzo często mogą powodować bóle rzutowane. Kiedy przychodzi do gabinetu pacjentka z bólami odcinka łędźwiowego oraz brzucha, oprócz zebrania dokładnego wywiadu i badania ortopedycznego trzeba zapytać o przebyte zabiegi/operacje. Możliwe, że ból pojawił się w pewnym odstępie czasowym od operacji na tkankach jamy brzusznej i to właśnie blizna i sklejenia powięziowe wokół niej mogą powodować dolegliwości bólowe.

Należy także wspomnieć o bolesnym współżyciu, z którym we współpracy z ginekologiem można przynieść pacjentce znaczącą ulgę. Dyspareunia, bo tak też można nazwać tę dolegliwość, nie jest wcale rzadkim przypadkiem wśród kobiet. Może mieć ona wiele przyczyn, zaczynając od nieprawidłowego nawilżenia pochwy (np. gdy spada poziom estrogenów u kobiet kar-

miących piersią), przez wulwodynię/ vestibulodynię, pochwicę czy nadmierne napięcie dna miednicy wynikające z bardzo wielu różnych przyczyn. Pochwica jest to ból podczas penetracji wynikający z nadmiernego napięcia tkanki, ale jej źródłem są nadużycia seksualne, traumy z przeszłości. Wulwodynia opisywana jest jako ból, pieczenie, przewlekły świąd czy nadwrażliwość w okolicy sromu, ujścia cewki moczowej, krocza bądź odbytu. Dolegliwości utrzymują się minimum 3 miesiące. Mianem vestibulodyni określa się ból przedstonka pochwy. Jest to diagnoza z wykluczenia, czyli lekarz ginekolog powinien zbadać pacjentkę pod kątem wielu innych dolegliwości, które powodują podobne dolegliwości. Niestety, etiologia nie jest do końca poznana, a samych lekarzy, którzy zajmują się tym problemem, nie jest wielu [14]. Każda dolegliwość powodująca ból w obrębie narządów i dna miednicy będzie zwiększała napięcie obronne tkanek. Naturalną konsekwencją takiej długotrwałej obrony jest ból. Tak jak przy opisanej wcześniej coccygodyni, mechanizm będzie dotyczył najpierw miejsca obciążonego przeciążeniem, a potem całego ciała.

TERAPIA

Jak można pomóc pacjentkom z tak uciążliwymi i wstydliwymi problemami? Jak wynika z artykułu, dolegliwości bólowe będą powodowały szereg dysfunkcji w całym ciele. Poczynając od dna miednicy, przez trzewia jamy brzusznej, przeponę, klatkę piersiową. Terapię należy zacząć od uwolnienia dna miednicy po stronie bardziej napiętej. Ta część będzie charakteryzowała się dysfunkcją na wdechu bądź wydechu. Co to oznacza? Kiedy pacjentka bierze wdech, przepona dna miednicy będzie się obniżać, przy wydechu będzie się ona unosiła, tak jak przepona w obrębie klatki piersiowej. Dzieje się tak z uwagi na połączenia więzadłowo-powięziowe trzewi przyczepionych do przepony. Badanie przeprowadza się w następujący sposób: palce należy skierować przyśrodkowo od guza kulszowego w obręb dna miednicy i poprosić pacjentkę o głębszy wdech

i wydech. Na wdechu dno miednicy napiera na palce, przy wydechu podąża w stronę dogłową (zdj. 1).

Jeżeli jedna ze stron (zwykle tak bywa) pracuje w dysfunkcji, należy ją znormalizować, pracując w ruchu ułatwionym. Jeżeli dno miednicy łatwiej porusza się z wdechem, wtedy prosi się pacjentkę o głęboki wdech i na końcu tej czynności bezdech. Terapeuta w tym czasie może czuć spontaniczne uwalnianie się tkanki. Kiedy pacjent-

ka zaczyna już normalnie oddychać, prosi się ją jeszcze raz o głęboki wdech i wydech, kontrolując ruch dna miednicy. Powinien być z obu stron równomierny. Następnie, jeżeli zauważy się dysfunkcję trzewi po stronie zablokowania dna miednicy, stosuje się techniki trzewne w danym segmencie, w tym normalizację więzadła pępkowego pośrodkowego (zdj. 2).

Kolejnym piętrem jest, bardzo ważna, przepona. Jak już wspomniano, dno miednicy



Zdj. 1. Badanie dna miednicy

OSTEOPATHIE 1/1

porusza się analogicznie do przepony. Jeżeli któraś strona dna miednicy była w dysfunkcji, automatycznie można spodziewać się dysfunkcji przepony po tej stronie (zdj. 3).

Można przeprowadzić normalizację przepony, pracując obustronnie na łukach żebrowych (zdj. 4) lub jednostronnie na boku (zdj. 3). Podczas pracy obustronnej pacjentka bierze głęboki wdech, w tym czasie terapeuta pomaga łukom w podążaniu do góry i na zewnątrz. Podczas wydechu terapeuta nie pozwala na zniesienie uzyskanego ruchu. Cykl wdechu i wydechu powtarza się kilka razy.

Normalizując przeponę, nie należy zapomnieć o pracy na jej środku ścięgnistym (zdj. 5) i odnogach (zdj. 6). Pracując na środku ścięgnistym, układa się nasadę dłoni nad pępkiem i podąża za wdechem i wydechem pacjentki. Na wydechu nasada dłoni zagłębia się w tkankę i rotuje tak jak wskazówki zegara. Odnoży przepony



Zdj. 2. Normalizacja więzadła pępkowego pośrodkowego



Zdj. 3. Badanie dysfunkcji przepony/uwolnienie więzadeł przepony



Zdj. 4. Normalizacja przepony – praca obustronna



Zdj. 5



Zdj. 6

normalizuje się w pozycji leżącej na brzuchu. Układa się dłoń dogłową na udzie w okolicy dołu podkolanowego, drugą w okolicy odnóg przepony, czyli na wysokości L1, L2 do boku od kręgosłupa, po stronie, po której się stoi. Prosi się pacjentkę o głęboki wdech i następnie wydech. Na wydechu prosi się o maksymalne rozluźnienie całego ciała. Terapeuta powinien poczuć, że dłonie oddalają się od siebie. Przy kolejnych powtórzeniach zwiększa się zakres, w którym dłonie będą się od siebie oddalały.

Podążając tropem przepon i ich nieprawidłowej pracy, należy zbadać górny otwór klatki piersiowej po obu stronach, prosząc pacjentkę o głębszy wdech i wydech (zdj. 7).



Zdj. 7

Najczęściej dysfunkcję jego funkcjonowania znajduje się po tej samej stronie co dysfunkcję dna miednicy i przepony. Uwolnienie strony zablokowanej polega na pracy z oddechem w pozycji na boku. Kiedy pacjentka rozluźnia ciało na wydechu, wtedy terapeuta podąża z kciukiem umieszczonym na powięzi górnego otworu klatki piersiowej w stronę doogonową, na tyle, na ile pozwala w danym momencie tkan-ka (zdj. 8).

PODSUMOWANIE

Problem bólu w obrębie miednicy należy zawsze rozważać pod kątem interdyscyplinarnym. W przypadku terapeutów badanie ortopedyczne jest bardzo ważne, ale nie należy zapominać o innych strukturach, które chroni pierścień miednicy. Jeżeli terapeuta nie będzie uważnie słuchać i prawidłowo badać, może przeoczyć wiele problemów. Warto współpracować, prowadząc kobiety z dolegliwościami okolicy miednicy,

z ginekologiem, urologiem i proktologiem, po to, by na problemy te spojrzeć globalnie. Każda dolegliwość bólowa będzie powodowała wzmożone napięcie tkanek, a w konsekwencji ból. Jeżeli terapia nie jest wprowadzona odpowiednio wcześniej, będzie to skutkowało szeregiem kompensacji całego ciała. Tak jak w przedstawionym artykule zaproponowane leczenie dotyczy dna miednicy, ale także trzewi, przepony i górnego otworu klatki piersiowej.



Zdj. 8. Normalizacja górnego otworu klatki piersiowej w pozycji na boku

BIBLIOGRAFIA:

1. Bochenek A., Reicher M. *Anatomia człowieka*, tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Schunke M., Schulte E., Schumacher U. *Prometeusz. Atlas anatomii człowieka, tom I Anatomia ogólna i układ mięśniowo-powięziowy*. MedPharm Polska, Warszawa 2013.
3. *Ginekologia od teorii do praktyki*. Brodawska A. (red). Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin 2014.
4. Bochenek A., Reicher M. *Anatomia człowieka*, tom III. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1954.
5. *Zespół bólowy miednicy mniejszej. Problem interdyscyplinarny*. Śpiewankiewicz B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
6. Tettambel M.A. *An osteopathic Approach to Treating Woman With Chronic Pelvic Pain*. The Journal of the American Osteopath Association 2005; 105, suppl 4, s. 20–22.
7. Vleming A., Money V., Dorman T. et al. *Movement, Stability and Low Back Pain*. Churchill Livingstone 1997.
8. Dżiki A. *Przewlekłe samoistne zespoły bólowe odbytu i odbytnicy*. [W:] Bielecki K., Dżiki A. (red.). *Proktologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
9. Brüggmann D., Tchartchian G., Wallwiener M., Münstedt K., Tinneberg H.R., Hackethal A. *Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice, and treatment options*. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107 (44), s. 769–75.
10. Peters A.A., van Dorst E., Jellis B., van Zuuren E., Hermans J., Trimbois J.B. *Randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain*. Obstet Gynecol. 1991; 77 (5), s. 740–4.
11. Osiak K. *Przerostowe blizny, bliznowce i przykurcze bliznowate*. Postępy Nauk Medycznych 2005; 18: 17–23.
12. Pasek J., Baszak Radomańska E., Nowosad M., Błaziak L., Sieroń A. *Wulwodynia jako zespół bólowy spowodowany dysfunkcją mięśni dna miednicy*. Ann. Acad. Med. Siles. (online) 2015; 69, s. 49–53.
13. Sandler S. *Osteopathy and obstetrics*. Anshan Ltd, London 2012.

EWELINA TYSZKO-BURY

Xx

