

BOLEST KE ZDRAVÉMU TĚHOTENSTVÍ NEPATŘÍ

Anna Kohutová, komunitní porodní asistentka, Havířov
Mgr. Olga Gruberová, fyzioterapeutka, Brno
Mgr. Jana Kracíková, fyzioterapeutka, FyziMotion Brno

BOLEST Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENCE A FYZIOTERAPIE

Bolest v těhotenství je často vnímána jako součást „jiného stavu“. Přitom většinu bolestivých stavů lze v těhotenství ovlivnit a řešit pomocí vhodných terapeutických technik. Dle statistik má 50-70 % těhotných žen bolesti zad nebo páneve. Bohužel je velmi málo terapeutů a odborníků, kteří se této problematice věnují a dokáží těhotné ženě ulevit od bolesti. Jedním z důvodů, proč není dáována adekvátní pozornost těmto bolestivým stavům je nefunkční mezioborová spolupráce mezi gynekologem, porodní asistentkou a fyzioterapeutem. První záchyt (screening) potenciálního problému nebo bolestivého stavu by měl proběhnout u gynekologa, který následně nasměruje ženu na další odborníky. V praxi si ale většina žen hledá řešení svých bolestivých stavů sama, protože tento první screening buď není dostatečný nebo neprobíhá vůbec žádný. Některé ženy osloví přímo fyzioterapeuta nebo porodní asistentku, pro jiné ženy je hledání mnohem delší a řešení nemusí vůbec najít. Proto je spolupráce všech tří složek tak důležitá.

NEJČASTĚJŠÍ BOLESTI TĚHOTNÝCH ŽEN

Těhotné ženy mají nejčastěji tyto subjektivní potíže: bolesti hrudní a bederní páteře, bolesti křížové kosti a kostrče, bolesti SI kloubů, symfýzy, třísel, kyčlí a v neposlední řadě chodidel, pocity určité těsnosti a viscerální bolesti. Často jsou bolestivě vnímány také pohyby samotného plodu.

Většina těchto bolestí pohybového aparátu těhotných žen je vhodným fyzioterapeutickým přístupem dobře řešitelná. Velmi častou příčinou bolestí v tomto období bývá nedostatečná adaptace pohybového systému na změny, které těhotenství přináší. Je třeba si uvědomit, že změny, kterými žena v těhotenství prochází, se odehrávají ve velmi krátkém časovém úseku. Na tak rychlé změny někdy nedokáže ženské tělo vhodně reagovat a začne vyhledávat nevhodné kompenzační strategie. Typickým příkladem je rychlý nárůst hmotnosti a s tím spojené nároky na opěrnou funkci chodidla. Nejen chodidlo, ale celá dolní končetina se nestihnou změně hmotnosti z původních např. 60 kg na nově získaných 75 kg během několika málo měsíců dostatečně přizpůsobit a ve své funkci kolabují. A nejedná se v tomto případě pouze o chodidla, kdo musí umět reagovat na nárůst váhy tak, aby si zachoval fyziologickou funkci a nepodlehli kolapsu. Stejně tak je třeba kromě nárůstu hmotnosti pohlížet i na

další změny. Jedná se na příklad o změnu těžiště těla a z toho přirozeně vyplývající zvýšení nároků na stabilizaci posturálního systému těhotné. Mechanická zátěž v podobě rostoucího plodu způsobuje neadekvátní tahy, které mohou omezovat přirozenou mobilitu klíčových segmentů. Zajištění stability posturálního systému po dobu nesení plodu a současné udržení mobility, jako nutného předpokladu přirozeného porodu, jsou tedy dva hlavní cíle ve fyzioterapii těhotných žen.

Pokud žena vstupuje do těhotenství posturálně nestabilní, s velkou pravděpodobností dojde vlivem vyšší zátěže na její organismus ke vzniku výraznějších funkčních dysbalancí a často také bolesti. Bolest je pro nás v takovém případě známkou nedostatečné adaptace, není však nutnou součástí těhotenství. Spolu s jakousi posturální nerovnováhou doprovázenou právě bolestí pohybové soustavy, vznikají u budoucích matek také některá onemocnění, zřídka kdy spojovaná s právě probíhajícími posturálními změnami. Mezi taková onemocnění můžeme řadit hemoroidy, opakované záněty močových cest, nespecifické bolesti hlavy atd. a je třeba se i o tyto potíže zajímat a cíleně se na ně již v anamnéze těhotné ženy ptát.

Další typickou skupinou žen, která by měla být po screeningu u gynekologa poslána rovnou k dalším odborníkům, jsou ženy, u kterých se v historii anamnézy objeví například dysplazie kyčelních kloubů (a jiné vývojové vady kyčelních kloubů), břišní operace včetně těch laparoskopických, operace kyčlí, páteře a hrudníku, úrazy pánve (včetně pádů na kostrč), nespecifické bolesti v pánvi a břicho, chronické uro-gynekologické potíže, reflux, astma bronchiale, opakované záněty žaludku nebo duodena, bolestivá stolice, předchozí nebo stále trvající močová inkontinence, IVF atd.

Primární záchyt žen s těmito problémy má velký význam pro prevenci budoucích možných komplikací jak v těhotenství, tak při porodu. Například žena, která má v anamnéze dysplazii kyčelních kloubů, má díky jinému nastavení svalové souhry v oblasti pánve a kyčelních kloubů velkou predispozici pro nevýhodné postavení plodu v břišní dutině. Stejně tak žena s refluxem, astmatem nebo problémy v oblasti žaludku a duodena má predispozice směřovat k hypotonické břišní stěně, kdy následkem dříve vyjmenovaných problémů dochází ke změně směru působení intraabdominálního tlaku. To znamená, že žena tlak v břišní dutině nerozkládá rovnoměrně ale začne ho směřovat směrem dolů do pánve, často také před pánev, čímž mění podmínky pro polohu plodu.

Pokud je žena tzv. bez příznaků a bez bolesti, přesto má v anamnéze výše vyjmenované predispozice, je vhodné, aby ve 36-38. týdnu těhotenství absolvovala konzultaci u spolupracující porodní asistentky (popřípadě fyzioterapeuta), která je vyškolená v palpaci plodu a postavení dělohy. Je totiž pro budoucí porod velmi výhodné, pokud asistentka zkontroluje polohu plodu (jestli není například v zadním postavení) a připravenost porodních cest. Pokud je potřeba, může navrhnout vhodný terapeutický postup a do porodu s těhotnou spolupracovat.

ADAPTACE VERSUS KOMPENZACE V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ

K fyziologickým změnám v těhotenství patří zvětšení dělohy, kdy se v osmém měsíci těhotenství nachází fundus dělohy mezi pupkem a mečovitým výběžkem hrudní kosti. V návaznosti na tento růst dělohy začíná zdravá a harmonická těhotná žena spontánně reagovat a na vzniklou situaci se tzv. adaptovat. Pokud naopak žena není adaptace schopná, začne vznikající změny nevhodně kompenzovat, kdy nejčastější reakcí na změnu těžiště svého těla je prohloubení lordotických a kyfotických zakřivení své páteře. Dochází tak často k nežádoucím změnám v napětí měkkých tkání (svaly, vazy, fascie atd.). Tyto změny se mohou projevit neadekvátními tahy v oblasti hrudníku, a to jak z dorzální strany bolestmi v horní hrudní páteři, kolem lopatek (včetně přímého vlivu na stabilitu lopatky a ramenního pletence), tak ze strany ventrální (s návazností na kraniální část břišní stěny, včetně bránice). Znamky posturálního přetížení můžeme dále pozorovat v oblasti beder, pánevního dna s narušenou stabilizací kyčelních kloubů a statické i dynamické funkce chodidel. Postupnému růstu plodu se také fyziologicky přizpůsobuje břišní stěna, která se začíná napínat. Díky tomu břišní stěna mění svoji kvalitu opěrné i nosné funkce, a to jak ve prospěch posturální stability matky, tak i ve prospěch uložení plodu. Ve spolupráci s bránicí a pánevním dnem vytváří břišní stěna kompaktní celek obklopující plod i s orgány. Tento kompaktní celek, včetně plodu a orgánů, se neustále zpětnovazebně ovlivňuje. Další projevy kompenzace můžeme sledovat v dynamice, a to v obtížnější chůzi, dechovými změnami či změnou dalších přirozených pohybů. Nežádka se objevují také nefyziologické změny viscerální (plynatost, bolesti břicha s poruchami trávení či peristaltiky, reflux, obtížná stolice atd.)

V posledním měsíci těhotenství výška fundu klesá a děloha se uklání více dopředu. Poloha dělohy a také samotného dítěte je v této chvíli závislá na kvalitě břišní stěny, kvalitě podpůrného a závěsného aparátu dělohy, rovnováze měkkých tkání, svalů, ligament a fascií. Celková rovnováha v těle ovlivňuje nejen polohu dítěte ale také samotný průběh porodu.

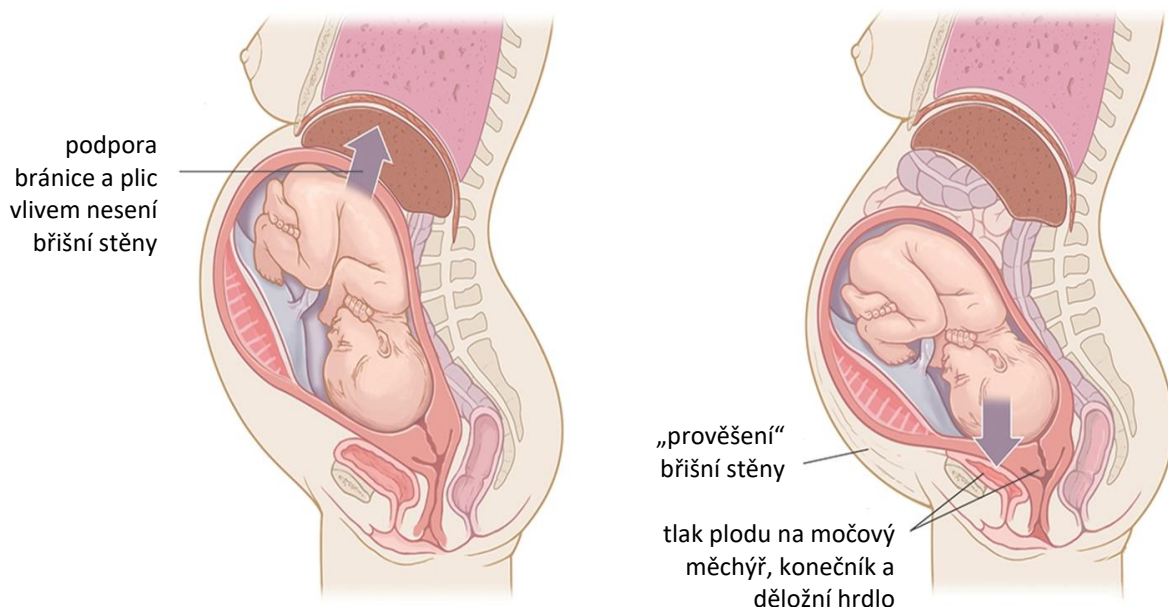
Na většinu přicházejících změn se zdravá a harmonická žena dokáže v těhotenství bezbolestně adaptovat.

BŘIŠNÍ STĚNA

Je-li přední břišní stěna **hypertonická**, nežádoucí zvýšené napětí se může dále řetězit do pánevního dna a samotných ligament, děloha se nemůže uklonit fyziologicky dopředu. Hypertonická matka drží dítě v jedné pozici, nejčastěji zadní. U ženy pozorujeme zvýšený tonus dělohy, zkrácené vazy, stažení pánevního dna a uzavřený hrudník. Děložní stěna je na pohmat pevná a dítě je uloženo nejčastěji v zadní pozici, KP (konec pánevní) apod.

V opačném případě, kdy je přítomný **hypotonus** břišní stěny, dochází k přesunu těžiště břišní dutiny (i s jejím obsahem, včetně plodu) směrem dopředu před pánev a dolů (břicho působí poklesle i ve vysokém stupni těhotenství). Takový stav břišní stěny znesnadňuje dítěti centrální vstup do vchodu pánevního. Dítě kopíruje nedostatečnou oporu břišní stěny a jeho těžiště se posunuje také vpřed před pánev, což značně prodlužuje jeho budoucí cestu skrze porodní cesty, kvůli čemuž se pak v praxi můžeme setkat mnohem častěji s asynklitickým naléháním. Dále kvůli neaktivnímu pánevnímu dnu (dítě v této pozici nenaléhá správně na tkáň pánevního dna) může dojít k znesnadnění vnitřní rotace plodu. Pro hypotonickou břišní stěnu je typická její nedostatečná opora v kaudální části břicha (naopak kraniálně bývá napětí zvýšené), ligamenta zabezpečující polohu dělohy bývají dorzálně neadekvátně napnutá, ventrálně naopak povolena (fyziologicky očekáváme jejich vyváženou spolupráci). Dost často je dokonce vůči sníženému napětí břišní stěny ve zvýšeném napětí stěna děložní, která tento stav kompenzuje. Pánevní dno není dostatečně zatížené těžištěm dítěte a není tak přirozeně nuceno plnit svoji opěrnou funkci v případě potřeby. Dále dochází k tomu, že děloha klesá do většího převisu (venter pendules) a zvýšené antevertze. Tato nedostatečná opora dělohy může ovlivnit spolupráci břišního lisu a samotných kontrakcí při porodu.

Jsou-li ligamenta příliš zkrácená či povolena, dítě se nemůže usadit do optimální polohy s flektovanou bradou. Má zhoršené podmínky pro vstup do pánevního vchodu a zhoršené podmínky pro vnitřní rotaci. Sakrouterinní ligamenta a pánevní dno neumožňují u porodu přirozenou mobilitu sacra, čímž znesnadňují rozšíření roviny pánvenního středu a východu. Bránice a svaly břišní stěny také ovlivňují kvalitu břišního lisu a děložních kontrakcí.



PÁNEVNÍ DNO

Neadekvátně zvýšené napětí pánevního dna vytváří nepřiměřený tah za ligamenta a fasciální systém malé pánve. To opět snižuje sakrální mobilitu, ztěžuje centrické postupování dítěte pánví a jeho vnitřní rotaci. Můžeme se tak opět setkat s asynklitickým naléháním a deflexními polohami plodu.

U všech výše popsaných stavů se tedy mění celková postura těla matky, vzniká neadekvátní zátěž, která negativně ovlivňuje fyzický i psychický stav ženy. Z výše popsaného také vyplývá, že dysbalance a nestabilita v těle matky může negativně ovlivňovat samotnou polohu dítěte, jeho porodní mechanismus a způsobit negativní prožívání porodu.

SHRNUTÍ PŘÍČIN NEVYVÁŽENOSTI A DYSHARMONIE

Pokud se na těhotenské bolesti podíváme z pohledu fyzioterapie, jsou nejčastějšími příčinami dysbalancí a změn napětí v měkkých tkáních dvě situace. Prvním příkladem je žena, která vstupuje do těhotenství už s nějakou predispozicí (například mimoděložní těhotenství v anamnéze) nebo už s konkrétní bolestí (např. bolest SI kloubů s opakovanými akutními blokádami). Ta druhá situace nastává v momentě, kdy žena není schopná adaptace na těhotenské změny a začne tyto změny kompenzovat (tento model může nastat v kterékoliv fázi těhotenství). Na základě různých palpačních a pohybových testů by měl fyzioterapeut rozklíčovat problém, se kterým žena přichází a zvolit vhodnou terapii. Ne vždy je však v profesních možnostech a kompetencích fyzioterapeuta najít příčinu bolestí, stejně jako obsáhnout kompletní terapii. Obě dvě výše zmíněné situace mohou totiž vznikat na základě mnoha příčin a důsledků, nevyjímaje ty psychické, viscerální či hormonální. Proto je v terapii těhotných žen tolik důležitá, a bohužel u nás v praxi často nefungující, mezioborová spolupráce mezi fyzioterapeuty, gynekology, porodními asistentkami, popřípadě psychology apod. Pouze taková mezioborová spolupráce s individuálním přístupem ke každé ženě může vést k efektivním výsledkům terapie.

MOŽNOSTI TERAPIE Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

U **hypertonních** žen využíváme techniky navozující uvolnění napětí. Patří mezi ně měkké a fasciální techniky, masáže a vědomá práce s dechem. Je velmi důležité naučit ženu správně a uvolněně dýchat, protože zvětšující se děloha utlačuje bránici a žena trpí dušností s následným zvýšeným napětím v hrudníku a pánvi. S velkou výhodou lze v praxi porodní asistentky i fyzioterapeuta využít práci s tzv. rebozem. Jedná se o tradiční ručně tkaný šátek pocházející z Mexika a Guatemaly, dlouhý přibližně 2,8 m a široký 0,7 m. Tato po tradice používaná pomůcka může snadno a rychle pomoci při bolestech

hrudní i bederní páteře, při blokáдах SI kloubů, při úponových bolestech v oblasti pánve a k efektivní mobilizaci pánve včetně kyčelních kloubů. Stejně tak jako jej už po dlouhá léta využívají porodní asistentky střední a latinské Ameriky při centraci dítěte v pánvi. Své místo si tato pomůcka našla také při samotném porodu, kdy je porodní asistentka schopna efektivně napomoci mobilitě křížové kosti, zmírnit pánevní bolesti a navodit pocit uvolnění těhotné ženy mnohdy i bez užití farmak. Kromě všech zmíněných přínosů pro těhotnou ženu může rebozo přinést benefity i dítěti, kdy napomáhá vstupování hlavičky do pánevního vchodu a podporuje flexi a vnitřní rotaci. Nedílnou součástí uvolňujících technik je také relaxace, kdy je pro těhotnou ženu (a to zejména v posledním trimestru) vhodná odpočinková pozice vleže na boku s podporou dělohy a uvolněním pánve, poloha v kleku na čtyřech, ať už s oporou o dlaně či o předloktí. Ženám dále doporučujeme vyvarovat se záklonových pozic, dlouhému sedu či dokonce sedu se zkříženými dolními končetinami. Nezapomínejme také na uvolňující efekt pozitivní termoterapie.



Hypotonní ženu máme za úkol naučit své dítě nést a současně vytvořit dítěti prostor k zaujetí optimální pozice. V terapii je nutné obnovit rovnováhu svalů, ligament a fascií. Mezi osvědčené techniky patří všechny facilitační přístupy pro harmonickou aktivaci břišní stěny a pánevního dna, dechová cvičení pro zvýšení mobility hrudníku a v neposlední řadě facilitace opěrného systému dolních končetin, zejména chodidel. Bez funkčních chodidel nemá břišní stěna dobré podmínky pro svou aktivizaci, proto by v terapii hypotonní matky neměla být chodidla opomíjena. Mezi další terapeutické vstupy pro matku i dítě můžeme zařadit aktivizační masáže, již zmíněné rebozo techniky, či tzv. techniky Spinning babies. V rámci autoterapie doporučujeme mimo výše uvedené vstupy také domácí zavinování do šátku, otužování, sedací koupele, pravidelné procházky v rychlejším tempu, dodržování zásad správné ergonomie při zvedání z lehu s úpravou každodenních stereotypů dle doporučení porodní asistentky, lékaře či fyzioterapeuta.

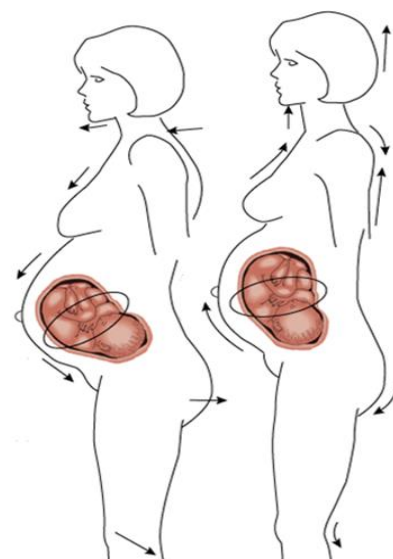


MOŽNOSTI TERAPIE Z POHLEDU FYZIOTERAPEUTA

Možnosti fyzioterapie se doplňují s výše popsanými technikami. Společným pojítkem mezi hypertonní a hypotonní matkou je kvalita práce břišní stěny. Zejména pak její opěrná a nosná funkce. Aby břišní stěna mohla plnit obě tyto funkce, potřebuje být anatomicky kompaktním celkem, ve kterém se rovnoměrně rozprostírá intraabdominální tlak, je ve všech svých částech adekvátně elastická, spolupracuje s ostatními segmenty jako jsou hrudník, pánev nebo končetiny a jejíž napětí odpovídá stupni těhotenství a fyziogonii těhotné ženy.

Aby mohla být břišní stěna anatomicky kompaktní, nesmí se u těhotné ženy objevit dysfunkční diastáza, kterou můžeme také nazvat jako diastázu nekompenzovanou. Nekompenzovaná diastáza je taková, která je patrná ve struktuře břišní stěny a při vyvolané posturální zátěži (např. zvednutí hlavy, dolních končetin apod.) funkčně kolabuje, čímž způsobí další zřetěžené poruchy. Takovou diastázu je třeba v těhotenství řešit, protože značně narušuje funkci břišní stěny i pánevního dna. Naproti tomu se však můžeme setkat s diastázou kompenzovanou, která sice strukturálně také poukazuje na rozestup přímého břišního svalu, ale funkčně dokáže dobře odolávat posturální zátěži. Takovou diastázou se není třeba v těhotenství trápit a můžeme ji do jisté míry označit za fyziologickou v rámci strukturálních změn ženského těla.

Řešení všech výše popsaných aspektů funkce břišní stěny jsou v rámci prevence i terapie v plné kompetenci fyzioterapeuta a v mnohých ohledech také porodní asistentky. V ordinaci gynekologa je nejčastějším a současně jasně viditelným důvodem pro doporučení fyzioterapeutické konzultace poruchy funkce břišní stěny ve formě nekompenzovaného rozestupu přímého břišního svalu, tzv. nekompenzovaná diastáza (ať už těhotenská nebo poporodní). Přítomnost diastázy je snadno zjistitelná palpačně či pouhým pohledem a její kvalitu lze zhodnotit jednoduchým posturálním testem (zvednutím hlavy nebo dolní končetiny v leže na gynekologickém lehátku). V rámci gynekologického i těhotenského screeningu je nekompenzovaná diastáza jasnou indikací k fyzioterapii. Přičemž speciálně u těhotných žen je taková diastáza důvodem nutné spolupráce fyzioterapeuta s porodní asistentkou.



Adaptace versus kompenzace

ZÁVĚR

Bolest v těhotenství ženu svazuje a nedovolí těhotné ženě prožívat své těhotenství pohodově. Naopak ženu udržuje v napětí a strachu, který se nese až k samotnému porodu. Je-li tedy nutné u těhotné intervenovat, pak je vhodné zasahovat již v těhotenství a o to méně později u porodu. Je také nutné si uvědomit, že pokud se ženě dostane vhodné terapeutické pomoci a bolest nebude odbornou veřejností bagatelizována, můžeme tak zásadně ovlivnit nejen kvalitu vnímání těhotenství, ale také pozitivně ovlivnit samotný průběh porodu. Znovu bychom chtěli připomenout nezbytnou mezioborovou spolupráci pro dosažení nejlepšího možného výsledku v terapii těhotné ženy a to zejména spolupráci mezi gynekologem, porodní asistentkou a fyzioterapeutem.