

A gátizom fejlesztése a kismedencei szervek védelmében

The training of perineum for pelvic organs protection

KONCZ JUDIT – védőnő, egészségfejlesztő

Koncz Judit vagyok. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán végeztem, védőnő szakon. Öt évig dolgoztam körzeti védőnőként, majd iskola-védőnőként folytattam a munkámat az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. alkalmazásában. 2010-ben kezdtem el a tanulmányaimat a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán és ebben az évben végeztem a Népegészségügyi Mesterképzési szak Egészségfejlesztés szakirányán. Tíz éve vezetek Kriston-féle intim torna tanfolyamokat, melynek tapasztalatait felhasználva készítettem el diplomamunkámat.



Összefoglalás

A gátizom fejlesztése több ezer éves múltra tekint vissza a távol-keleti kultúrákban. A nyugati társadalom azonban csak az utóbbi században kezdett felfigyelni ennek a területnek a fontosságára. Kutatásom célja annak vizsgálata, hogy a Kriston-féle intim torna milyen mértékben segít a stressz inkontinencia tüneteinek megszüntetésében. A tréningen résztvevő nők 93%-ánál bizonyult hatásosnak az intim torna. Kívánatos lenne, hogy először konzervatív módon próbálják meg a stressz inkontinencia tüneteit orvosolni, és csak ennek eredménytelensége esetén jönné szóba a műtéti megoldás.

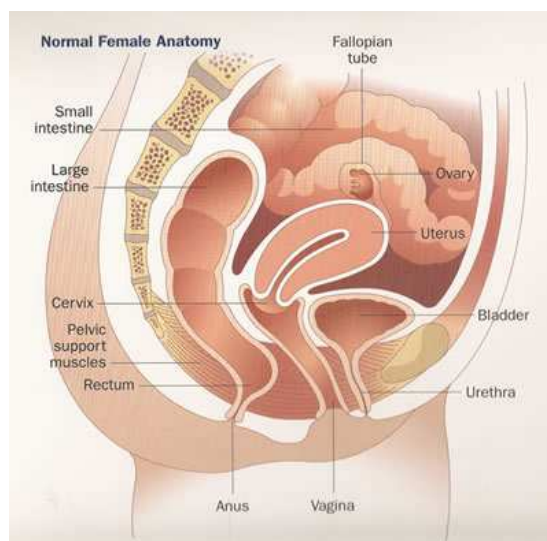
Summary

The training of perineum goes back thousands of years in the Far Eastern cultures. In Western society, however, only in the last century began to focus on the exercise importance of this area. The aim of my research is to examine whether the Kriston's intimate gymnastic to help the elimination of stress incontinence. After the training 93% of the participants showed significant improvement. It would be desirable to start with conservative treatment of the stress incontinence and only the unsuccessful cases would be solved by surgical methods.

Bevezetés

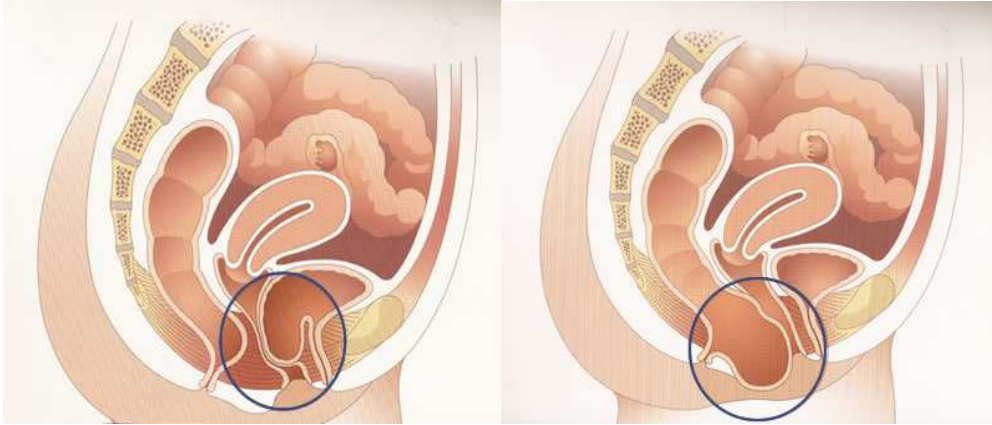
A női vizelettartási zavart népbetegségnek is tekinthetjük. Magyarországon kb. 400 ezer inkontinens panasszal küszködő betegről tudunk, de egyes felmérések szerint minden harmadik nőt érint ez a probléma [1, 2]. Pontos adat azonban nem áll rendelkezésünkre, mivel ez az állapot a mai napig „szégyen-betegségnek” számít, és sokszor még rákérdezésre sem vallják be a problémát. Minél később fordulnak szakemberhez, annál kisebb az esélye a gyógyulásnak.

A gátizomnak fontos szerepe van a vizelet megtartásban. Ez az izomcsoport vesz részt az ürítési funkciók akaratlagos szabályozásában, mely ugyanolyan harántcsíkolt, edzhető izmokból áll, mint a kar- vagy a comb izom, de ennek ellenére minden edzésprogramból kimarad. Ha egy izomcsoport nincs megfelelően trenírozva, az sorvadásnak indul és veszít az erejéből. A meggyengült gátizomnak a záró funkciója is sérül, ennek következtében vizeletcsepegéses panaszok lépnek föl. Az izomsorvadás miatt a medencealapi izomlemez támasztó feladatában is alulteljesít, ezért a normál anatómiai viszonyok (1. ábra) megváltoznak, és az alhasi szervek süllyedéses elváltozásai jöhetnek létre, melyek jelentősen rontják az életminőséget. Ilyen például a húgyhólyagsüllyedés, és a végbélsüllyedés. (2. 3. ábra).



1. ábra: A kismedence - normál anatómiai viszonyok.

Forrás: <http://www.nvscc.com/cystocele.htm>



2. ábra: Cystocele

3. ábra: Rectocele

<http://www.nvscc.com/cystocele.htm>

<http://www.nvscc.com/images/rectocele.jpg>

A stressz inkontinencia

A stressz inkontinencia az összes inkontinenciaforma közül 49%-ban, a késztetéses formával keverve pedig 29%-ban fordul elő [4]. A stressz inkontinencia kialakulásának oka többnyire a gyenge záróizom. Ebben az esetben a betegek köhögés, tüszentés, sportolás, emelés hatására jelentkező vizeletvesztésről számolnak be.

A stressz inkontinencia súlyosságában három fokozatot különítünk el:

- I. fokozat: a vizelet csak a hasprés hirtelen fokozódására csöppen el (köhögés, futás, torna stb.)
- II. fokozat: az elcseppenés már lépcsőn járás, könnyű testi munka, járás közben is jelentkezik.
- III. fokozat: elcsorog a vizelet inger nélkül, fekvés közben is [5].

Ez az állapot leginkább a nőket érinti, mivel a nők medencekimenete szélesebb, ezért nagyobb területet kell áthidalniuk a medence alapját lezáró izmoknak, és a rajtuk áthaladó három nyílás miatt szerkezete gyengébb a férfiakénál. A nők húgycsőve kb. négy cm hosszúságú, míg a férfiak húgycsővének alkotásában a hímvessző is részt vesz, ezért esetükben a záró funkció is jobb. A nők életük folyamán átesnek olyan rizikó faktornak minősülő eseményeken, állapotokon is, mint a szülés, amikor a hüvely kitágul, valamint a változókor, mikor a kötőszövet és az izomszövet lassú sorvadásnak indul [4].

A stressz inkontinencia kezelésében a gát- és húgycsőzáró izomzat megerősítése a cél, amit konzervatív úton, elsősorban gáttornával lehet orvosolni.

Az inkontinencia létrejöttében szerepet játszó rizikófaktorok:

- életkor,
- elhízás,
- mozgáskorlátozottság, inaktív életmód,
- krónikus köhögés,
- dohányzás,
- nehéz fizikai munka,
- alsó húgyúti fertőzések,
- idült székrekedés,
- kismencedei műtétek,
- ugrálással, szökdeléssel, nehéz súlyok emelésével járó sportok végzése,
- kötőszöveti gyengeség,
- várandósság,
- szülés,
- izomlazító és nyugtató gyógyszerek,
- helytelen fitneszprogram,
- a záróizmok tágításával járó műtétek [4],[9],[10],[11].

A Kriston-féle intim torna

A gátizom erősítő technikák közül hosszú távon a leghatékonyabb az intim torna [2]. Magyarországon az első tematikusan felépített gátizom erősítő módszert 1996-ban kezdték el tesztelni a Szent Rókus Kórház Nőgyógyászat-Urológia ambulanciáján [8]. A gyakorlatok hatását urodinamiás mérőkészülékkel tesztelték, hüvelybe helyezett szondával. Többek között a vizeletcsepegéses panaszok tekintetében is hatékonynak bizonyult, ezért elnyerte a Magyar Nőorvos Társaság Uro-Gyenecologiai szekciójának szakmai támogatását. A módszer a program kitalálójáról, Kriston Andreáról a Kriston-féle intim torna nevet kapta, melyet csak eredményes vizsgát tett trénerok oktathatnak, mert így biztosítható, hogy megfelelő minőségben adják tovább a tudásukat és a tanítványaikat nem károsítják. A torna hatása nagymértékben függ attól, hogy a tréninget mikor kezdi tanulni az illető: mennyire súlyos a tünete, milyen rendszerességgel végzi a gyakorlatokat, mennyire tartja be az alhas védő szokásokat. A rehabilitációs idő négy hónap, majd utána fenntartó tréning végzése szükséges mindaddig, míg feszesen szeretné tartani izmait [8]. A Kriston-féle intim torna sikerét az teszi lehetővé, hogy a medencealapon lévő összes harántcsíktolt izmot szelektíven tanuljuk meg kimozdítani, melyet a megfelelően kiválasztott testhelyzetek, és a koncentráció biztosít. Az izmok megjelenítése a tudatban kulcsfontosságú, ami jól érthető ábrák és bizonyos segítő gyakorlatok (öntesztelés) segítségével történik. Semmilyen segédeszközt, mint például hüvelysúly nem használunk. A torna hatását a jelenleg legkönnyebben elsajátítható oktatási algoritmus biztosítja. Lépésről, lépésre, egy logikai sort követve biztosítható, hogy a gáti irányító központ képes lesz tudatos, korábbiakhoz képest differenciáltabb, koordináltabb mozgásminták létrehozására, melynek eredménye egy kontrollált, biztosan helyes, *gyorsaság-, erő-, állóképesség fokozó tréning* elvégzése, a medence alapját lezáró izmok területén. A módszerrel ez minden esetben garantálható, ha az illetőnek tudatosan irányíthatóak az izmai. A tréningen tanított gyakorlatok, és szervvédő szokások komoly segítséget jelentenek az egészségőrzésben. Lényegesen kevesebb altesti panaszt élnének át a felnőttek, ha már fiatal korban beépülne a tréning és annak szemlélete a testedzésükbe, szokásrendjükbe. [8]

Amennyiben súlyos fokú inkontinenciáról van szó, és a torna nem segít az inkontinens panaszok enyhítésében vagy megszüntetésében, akkor a műtét hozhat megoldást [19].

Célkitűzések

A vizsgálatom célja, hogy az általam vezetett Kriston-féle intim torna tanfolyamon részt vett nők körében felmérjem, milyen mértékben segített a gátizom fejlesztő tréning a stressz inkontinencia megszüntetésében, és rávilágítsak arra, hogy a gátizom megerősítésével elkerülhető számos urológiai és nőgyógyászati műtét.

Anyagok és módszerek

A Kriston-féle intim torna oktatását 2002-ben kezdtem el. Ez idő alatt 740 nő vett részt a foglalkozásokon. A tanfolyam elején minden egyes résztvevő kérdőívet töltött ki, melyben rákérdeztem az életkorra, testsúlyfeleslegre, klimaxra, terhességre, szülések számára, esetleges műtétekre, vizeletcsepegésre, annak mértékére és kiváltó okára, kismedencei süllyedéses panaszokra, aranyérre, az orvoshoz fordulásra és néhány életmód tényezőre. Az óra a résztvevők egészségnevelő felvilágosításával kezdődött, amely magában foglalta a kismedencei szervek anatómiai felépítésének, azok fiziológiás és kóros működésének ismertetését. A tíz órás tréningen a résztvevők elsajátították a medencealapon lévő izmok szelektív tréningjét, így a húgycső, a hüvely és a végbélzáró izom mozgását, amely jelentős testtudat fejlesztés segítségével történt. Majd megtanulták a gátizom különböző testhelyzetekben való működtetését fekvő, állva és járás közben is. A szünetekben az alhas egészségvédelmét szolgáló helyes életvezetési szokásokról beszéltem.

A tanfolyam után a tünetektől, és az orvos által felállított diagnózistól függően, minden résztvevő személyre szabott egyéni tréninget kapott, melyet otthon gyakorolt négy hónapon keresztül. A torna abban az esetben eredményes, ha rendszeresen végzik a gyakorlatokat.

Vizsgálandók köre

A vizsgálatot azok körében végeztem, akik részt vettek a Kriston-féle intim torna tanfolyamon 2008. január 16. és 2011. március 02. között. Azért nem választottam a három évnél régebben végzeteket, hogy ne torzítsa a vizsgálatot a nem megfelelő visszaemlékezés. A legfiatalabb résztvevő 17 éves, a legidősebb pedig 69 éves volt. A résztvevők átlagéletkora: 38,92 év.

Adatgyűjtés

A végzett tanítványaimnak on-line kérdőívet küldtem e-mailben, amit én állítottam össze. Rákérdeztem többek között arra, hogy milyen rendszerességgel végezték a megadott intim torna gyakorlatokat, megszűntek-e a vizeletcsepegéses, az aranyeres és a húgyhólyag süllyedéséből adódó panaszaik, volt-e nőgyógyászati, urológiai, proktológiai műtétük a tanfolyam elvégzése után. Rákérdeztem a súlyukra, magasságukra, hogy testtömeg indexet tudjak belőle számolni. Megkérdeztem azt is, hogy túl vannak-e a klimaxon és terhesek voltak-e a tanfolyam végzése közben. 221 kérdőívet küldtem ki. A visszaérkezett kérdőívek száma 110 volt, ami az internetes kérdőív kitöltési kedvhez képest nagyon jó eredmény. Ez köszönhető annak is, hogy a tanfolyam során bizonyos mértékig személyes kötődés is kialakult. Sokan köszönő levelet is mellékeltek, mert szerettek a foglalkozásokra járni. Az értékelhető kérdőívek száma 99 volt a feldolgozás időpontjában.

Adatkezelés, adatelemzés

A válaszokat a Microsoft Office Excel 2007 program táblázatába tettem és az SPSS 18.0 és az EpiInfo számítógépes program segítségével értékeltem ki. Az elemzéseket 95 %-os megbízhatósági szinten végeztem el. Ez azt jelenti, hogy akkor tekintettem szignifikánsnak az eltérést, ha $p < 0,05$. A normalitás vizsgálat Shapiro-Wilk teszttel végeztem. A szignifikancia számításoknál a Chi négyzet illetve Fischer exact tesztet valamint a Mann-Whitney tesztet használtam.

Az intim torna hatása tekintetében nem korcsoportokra osztva vizsgáltam a résztvevőket, mivel a fenti szakirodalomból kiderül, hogy az életkor előrehaladtával egyre gyakrabban fordul elő a stressz inkontinencia. Helyette bizonyos állapotokat vizsgáltam, így a terhességet, az obesitást és a klimax utáni állapotot. Arra voltam kíváncsi, hogy ezekben az állapotokban van-e eltérés az intim torna hatása tekintetében.

Eredmények

A tanfolyam kezdetekor stressz inkontinenciával küszködők 93 %-ánál az intim torna négy hónap gyakorlás után hatásosnak bizonyult. Ez megfelel a Szent Rókus Kórházban urodinamiás módszerrel tesztelt értékeknek [8]. Három főnek sajnos nem segített az intim torna. A tanfolyam elkezdése előtt kitöltött kérdőívből kiderült, hogy két hölgynek húgyhólyag süllyedése is volt, ami arra utal, hogy nemcsak az izomgyengeségből adódott a vizeletcsepegés, hanem a húgyhólyag anatómiai helyzetének megváltozásából. Ebben az esetben a műtét hozhat megoldást. A harmadik hölgynek nem volt húgyhólyag süllyedése, de a megadott gyakorlatokat saját bevallása szerint nem végezte rendszeresen, így nem is várható, hogy a gátizom teljes mértékben megerősödjön.

Mivel a gátizom torna a vizeletcsepegésre gyakorol legkedvezőbb hatást, és az a fő témája a dolgozatomnak, ezért ebben a témában tovább kutakodtam. Az találtam, hogy a klimax után, amikor a kötőszövet és az izomszövet lassú sorvadásnak indul, rendszeres gyakorlással hasonlóan jó eredményt lehet elérni a gáti izomfejlesztéssel. Ez azt jelenti, hogy sosem késő elkezdni a gátizom tornát. A túlsúlyosak esetében, ahol igen gyakori az inkontinencia előfordulása, mivel a testsúlytöbblet ránehezedik a gátra, az intim torna szintén nagyon hatékonynak bizonyult. A túlsúlyosak átlag életkora 5 évvel több volt, de ennek ellenére a torna hatásában nem találtam szignifikáns eltérést. Tehát annak ellenére, hogy a túlsúlyosoknál sokkal gyakoribb a stressz inkontinencia, a torna ugyanúgy segít a túlsúlyosoknak is, mint a normál súlyúaknak. Kismamák esetén is nagyon hatékonynak bizonyult a torna. Jó lenne, ha még a terhesség alatt megtanulnák a nők az intim tornát, hogy a szülés okozta hüvelytónus csökkenés minél kevesebb gondot okozzon. Érdeemes lenne a jövőben azt is megvizsgálni, hogy a szülés után mennyire gyakori a vizeletcsepegés a rendszeres gátizom tornát gyakorlók és a nem gyakorlók között.

Megbeszélés

A vizsgálataimból kiderül, hogy kiváló eredménye van az intim tornának, ha rendszeresen végzik a gyakorlatokat. Sajnos a kezdeti lelkesedés után a gyakorlatokat kevesen végzik rendszeresen. Miután a panaszok javulnak, többnyire abbahagyják a gyakorlatok végzését, pedig a gátizom tornát megelőző jelleggel is célszerű végezni. Érdeemes lenne a résztvevőket

motiválni, mert ha elég erős a gátizom, a kismedencei szervek a normál anatómiai helyzetükben sokáig megmaradnak, és nem indulnak süllyedésnek.

Javaslatok

Az eredményekből következik, hogy az esetek döntő többségében elegendő a konzervatív módszer az inkontinens panaszok megoldására. Amennyiben nem szűnik meg a panasz, a műtét jelentethet megoldást. A vizeletcsepegéses panaszok nők által „tabu” témaként történő kezelését támasztja alá az a tény, hogy sokan még kezelő orvosuknak, nőgyógyászuknak sem mondják el ilyen irányú panaszaikat. Pedig minél hamarabb kezdik meg a gátizom erősítését, annál nagyobb valószínűséggel szűnnek meg teljes mértékben a panaszok. A gátizom torna ma már az orvostudomány által is széles körben ismert és elfogadott terápiás módszer az inkontinencia kezelése tekintetében, ennek ellenére a gyógyítási protokollban nem szerepel rutinszerűen. Mivel az orvos-beteg találkozások színhelye döntő arányban a háziorvosi rendelő, az alapellátás szerepe kiemelkedő fontosságú a rizikó csoportba tartozó nők urogynecologiai anamnézisének felvételében [25]. A megfelelő diagnózis felállításához mindenképpen tanácsos nőgyógyász vagy urológus szakorvoshoz irányítani a panasszal küszködőt. Azonban a műtét előtt meg kellene próbálkozni a gátizom fejlesztő tornával és csak ennek eredménytelensége esetén érdemes műtéthez folyamodni. Azonban műtét után is érdemes rendszeresen végezni a gátizom tornát, hogy a kismedencei szerveknek megfelelő alátámasztást biztosítson a medencefenék.

Irodalomjegyzék

1. Dr. Majoros A.: A női vizeletinkontinencia. Családorvosi fórum, 13-15, 2000.
2. Friderichné Nagy A. Tápainé Bajnay M. Balogh I. Kovács A.: A gyógytornász szerepe az inkontinencia kezelésében. Fiziotherápia, 4 24-25, 2009.
3. Petros P. Ulmsten U. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. Acta Obstet Gynecol Scand 1990. 69. (Suppl 153)
4. Kriston A.: Az inkontinencia egyik kezelési módja az intim torna. Képzés, IV. évf. 7 13-16, 2000.
5. Lampé L.-Papp Z.: Szülészeti-Nőgyógyászat. Részletes nőgyógyászat, Semmelweis kiadó Budapest, 1992.
6. Papp Z.: A szülészeti-nőgyógyászat tankönyve Semmelweis kiadó Budapest, 2002.
7. Kriston A.: Az intim torna szerepe a prevencióban és a rehabilitációban. Szülészeti és Perinatológiai Aneszteziológiai társaság Szimpóziuma, Budapest, 1996.
8. Kriston A.: Kriston intim torna egészségügyi haszna. Családorvosi Fórum, 8 10-17, 2007.
9. Tápainé-Kovács-Fridarichné: Gátizomtorna. Női és férfi vizelettartási zavarok kezelése gyógytornával. B+V kiadó 2004.

10. Katona F. Hamvas A. Klauber T.: Inkontinencia. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 2006.
11. Kriston A.- Ruzsonyi P.: Kriston Intim Torna. Sanoma Budapest Kiadó Rt. Budapest 2004.
12. Tápainé Bajnai M.: Egy gyógytornász szemével... A gátizom rehabilitációjának fontossága a stressz inkontinencia kezelésében. Rehabilitáció. A Magyar Rehabilitációs Társaság Folyóirata. VII. évf. 1 204, 1997.
13. Harvey M.A.: Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. J Obstet Gynaecol Can. 25 487-498, 2003.
14. Sasvári É. Dr. Szüle E. Gurmai M. Kenézlői M.: A gátizom hatékonyságának vizsgálata a medencefenék izmok és a synergista mély hasizmok komplex tréningje alapján. Fizioterápia. XVII. évf. 4 5-8, 2008.
15. Dr. Eva-Maria Grischke: Női vizelettartási problémák. Golden Book kiadó Budapest 1996.
16. Krauss D.J. Lilien O.M.: Transcutaneous electrical nerve stimulator for stress incontinence. Journal of Urology 125 790-793, 1997.
17. Semmelweis Egészségügyi Kft.: Az inkontinencia gyógyítása-Magyarországon forradalmian új, mágneses stimulációs kezeléssel. <http://www.semmelweiskft.hu/?app=service&sublayout=show&id=14>
18. Lampé L. Szállási Á.: Százéves a Magyar Nőorvos Társaság. Jubileumi kiadvány. Alföldi nyomda Rt., Budapest, 1996.
19. Dr. Birinyi L.: Köhögéskor, tüszentéskor elcseppen. Egészségcentrum. (A DE OEC hivatalos folyóirata) I. évf. 3 11, 2004.
20. Petros P. Ulmsten U.: An integral theory of female urinary incontinence. experimental and clinical considerations. Acta Obstet gynecol Scand 153 69, 1990.
21. Simon és mtsai. Tension-free Vaginal Tape (TVT): Egy új típusú hurokműtét a női stressz inkontinencia gyógyítására. Magyar Nőorvosok Lapja. 63 91-95, 2000.
22. Karram M.M., Segal J.L., Vassallo B.J.: Complications and untoward effects of the tension-free vaginal tape procedure. Obstet Gynecol 101 929-932, 2003.
23. Keszthelyi A., Majoros A., Hamvas A.: Stratisis szalag – Új lehetőségek a stresszinkontinencia kezelésére. Magyar Urológia. 19. 1. 50-53, 2007.
24. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A női stressz inkontinencia sebészi kezeléséről. Egészségügyi Közlöny. 4 1-4, 2010.
25. Dr. Michailovits L. „Tension-free Vaginal Tape” (TVT) műtét-új lehetőség a női vizelet-stresszincontinentia sebészi megoldására. Családorvosi fórum, 16, 2000.