

## Sünnitusjärgne kõhu sirglihase lahknemine ehk diastaas

Helle Nurmsalu, FT Msc  
füsioterapeut  
www.kohukliinik.ee

Kõhu sirglihase diastaas (lad k *diastasis recti abdominis*, DRA) on anteriomediaalse kõhuseina seisund, mille korral on suurenenud *m. rectus abdominis*'e (RA) paralleelselt asetsevate lihaskõhtude vaheline kaugus (3–20 cm) ja sidekoeline kõhuvalgejoon (lad k *linea alba*) on osaliselt või kogu ulatuses külgsuunal välja venitatud (1–5). Esmakordselt kirjeldati diastaasi 1858. aastal (5).

### Etioloogia

Kõhu sirglihase diastaasi võib esineda nii naistel, meestel kui ka lastel. Diastaasi teket soodustavad riskifaktorid on ülekaalulisus, kroonilised kopsuhaigused (3, 6), kiire kehakaalu tõus või langus, krooniline kõhukinnisus, abdominaalpiirkonna operatsioonid, vähenenud kehaline aktiivsus, vanus, geneetiline eelsoodumus (nõrk sidekude) (6).

Kõige enam seostatakse diastaasi aga rasedusega (3) ja peamised riskifaktorid on korduvsünnitused (eelnevatest rasedustest mittetaastunud kõhusein), mitmikrasedus, lapse suur sünnikaal (üle 4 kg), lootevee liig emakas, keisrilõige (1, 6–8), rasedusaegne suur kaalutõus, ema vanus (> 34). Raseduse ajal või sünnitusel lapse väljutamisfaasis soodustavad RA kahe lihaskõhu lahknemist kõhuõõnesisese rõhu suurenemisest põhjustatud mehaaniline venitus RA-le ning rasedusaegsete hormoonide mõju organismi sidekudedele (9–10).

Kuna osasid faktoreid me muuta ei saa, on väga oluline nii enne rasedust kui ka raseduse ajal tegeleda kehatüve lihaste tugevdamisega. Kuigi DRA on vähem levinud heas toonuses kõhulihastega naiste hulgas, esineb see probleem pea pooltel rasedatel ja korduvsünnitanud naistel (1, 8, 10). Üks põhjus võib olla tänapäeva istuv eluviis, kus treeninguteks ja füüsiliseks aktiivsuseks leitakse järjest vähem aega. Oluline on olla heas kehalises vormis, kuid silmas peab pidama seda, et ületreenitud jäigad kõhulihased või agressiivne üldtreening võivad samuti soodustada diastaasi teket (1, 8).

### Esinemissagedus

Kõhu sirglihase diastaas on palju sagedasem lihas-skeletisüsteemi düsfunktsioon kui arvatakse ja oluline on tegeleda selle ennetamise ning ravimisega:

- 35–66%-l naistest esineb sünnitusjärgselt diastaas (1, 11–12).
- raseduse 2. trimestril 27%-l, 3. trimestril 66–100%-l naistest (3, 4).

Üks esimene märk diastaasist on raseduse ajal seliliasendis ülakeha tõstes kõhu keskjoonele tekkiv ülesvõlvumine. Samuti võib naba välja punduda ning sagedamini esineda sümfüüsivalu. Kui esineb vaevusi juba raseduse ajal, on oluline ennetada diastaasi süvenemist ning nõustada naist kehaliste harjutuste ja igapäevategevuste osas. Peamine kõhulihaste funktsiooni taastamine toimub aga sünnitusjärgselt.

### Sümptomid

- Ettevõlvuv kõht, mis ei allu treeningutele. Anterolateraalse kõhuseina ettevõlvumine on põhjustatud kogu lihas-fastsiaalse kõhuseina, mitte ainult kõhuvalgejoone ülevenitusest. Kuigi kõhu suurema ettevõlvumise korral on ka diastaas üldjuhul suurem, siis võib ka väiksema ettevõlvumise korral esineda kõhu sirglihase ulatuslikku lahknemist.
- Krooniline alaseljavalu, vaagnavalu.

- Vaagnapõhjalihaste düsfunktsioon.
- Vaagna ja sakroiliakaalliigese ebastabiilsus.
- Kaasvalt võib esineda ka nabasong, *linea alba* song.

### **Diagnoosimine**

Kliinilises praktikas kasutatakse kõige enam palpatsioonimeetodit, mis on teaduskirjanduses tõestatud piisavalt täpne ning võtab seejuures vähe aega ja lisaressursse. DRA on hästi hinnatav, kui aga patsiendil esineb paks nahaalne rasvkude ja abdominaalsete kudede lõtvus, siis võib vajalik olla kasutada lisaks ultrahelidiagnostikat.

DRA diagnoosimise algasend on selililamang, mil hinnatakse, mitu sõrmeotsa mahub anteriomediaalse kõhuseina palpatsioonil horisontaalselt RA lihaskõhtude vahele kergelt ülakeha tõstes (3, 5, 13). Rath *et al* (1996) määratleb normnäitadena (< 45. a naised): 1,0 cm mõõdetuna mõõkjätke ja naba vahelisest keskpunktist, 2,7 cm naba kõrguselt, 0,9 cm häbemeliiduse ja naba vahelisest keskpunktist. Lisaks lahknevuse ulatusele on oluline hinnata ka kõhulihaste aktivatsioonimustrit (14).

### **Sünnitusjärgne periood: kaheksa nädalat**

Kõhulihased taastuvad teataval määral iseeneslikult esimese kaheksa nädala jooksul (3, 9), kuid tihti pärast teise või rohkema lapse sündi jääb DRA püsima (9, 15). Sünnitusjärgses perioodis võib esineda ka DRA süvenemist, mis seostub lapse eest hoolitsemisel kasutatavate füüsiliselt raskete/koormavate ja ebaergonoomiliste võtetega (vankri lükkamisel, tõstmisel, kandmisel, vannitamisel) (4, 16). Sellest tulenevalt on väga oluline, et naine tõstaks sel perioodil võimalikult vähe raskusi, mis ületavad beebi kaalu. Näiteks ei ole soovituslik vedada puusal turvahälli, vaid kasutada rattaid jms. Eriti oluline on see pärast keisrilõiget, mille järgselt võib enesetunne olla juba hea, kuid seesmiselt vajavad koed taastumiseks aega. Anterioorne kõhuõõne sein ei pruugi olla piisavalt taastunud ja tugev, et pidada vastu suurtele koormustele ka kaheksa nädalat pärast sünnitust. Soovituslik on vältida intensiivset kehalist treeningut (16), samuti harjutusi, nagu otse selililamangust (läbi kehatüve fleksiooni ja/või kehatüve rotatsiooniga) istesse tõusud, sirge jala ning jalgade koos tõstmise/langetamise harjutuste sooritamine (17).

### **Sekundaarsed komplikatsioonid**

RA lihaskõhtude vaheline lahknevus võib põhjustada kehatüve biomehaanika muutumist, vaagna stabiilsuse häirumist ning muutusi rühis, mis omakorda muudavad lülisamba lumbaalosa ja vaagna piirkonna vigastustele vastuvõtlikumaks ning võivad hakata vaevama alaselja- ja vaagnavalud (8, 18). Samuti võib lihaste omavahelise sünergia häirumine pärssida diafragmaalset võimekust (19).

Parker *et al* (2008) uurisid 39 naist, kes pöördusid arsti juurde nimme- ja/või vaagnavöötme valudega ning olid sünnitanud vähemalt ühe lapse. Uurimisgrupis esines diastaasi 74%-l võrreldes kontrollgrupiga, kus oli esinemissagedus 50,9%. Märkimisväärne on fakt, et naistel, kellel oli tehtud laparoskoopia, esines diastaasi 100%-l juhtudest (8).

Kõhulihaste hea toonus tagab korrektse kehaasendi ja aitab hoida kõhuõõneorganeid kindlas asendis. Kui DRA tagajärjel häirub kõhulihaste funktsioon, siis väheneb tugi kõhuõõneorganitele, mille tagajärjel võib tekkida inkontinents või organite allavaje (20). Kuna vaagnapõhja- ja kõhulihased on sünergistlihased, siis on väga oluline vaagnapõhja düsfunktsiooniga patsientidel hinnata DRA esinemist.

Spitznagle *et al* (2007) uurisid retrospektiivselt 541 naist keskmise vanusega 52,45 aastat. 52%-l neist esines DRA. Esinemissagedust mõjutasid ka anamneesis kõhuoperatsioonid, mitu rasedust, mitmikrasedus. 62%-l naistest, kellel esines diastaas, oli diagnoositud vähemalt üks vaagnapõhja düsfunktsioon (stressinkontinents, roojainkontinents, organite prolaps). See on

üks peamisi põhjuseid, miks on oluline tegeleda kõhulihaste funktsiooni taastamisega, et vältida kaasuvaid probleeme vanemas eas. Mittesünnitanud naistest esines diastaasi 35%-l. Põhjuseks võib olla mehaaniline stress *linea alba*'le: istesetõusud, pikaajaline kõhuõõnesisese rõhu tõus (astsiid, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, astma, krooniline kõhukinnisus), ülekaalulisus (21).

Muutused süva- ja pindmistes lihastes ning funktsioonis on sünnitusjärgselt väga erinevad. Kliiniline kogemus näitab, et üks peamisi probleeme ei ole ainult RA lihaskõhtude vahe, vaid sellega kaasnev kere stabiilsuse vähenemine, sageli koos ühe või mitme pindmise lihase ületalitlusega. Häirunud on kõhulihaste aktiveerumise muster. Seetõttu on väga oluline patsiendi individuaalne füsioterapeutiline hindamine ja teraapiaplaan.

### **Terapeutiline sekkumine kõhu sirglihase diastaasi ravis**

Kõik naised on erinevad, seetõttu on ka sünnitusest taastumine väga erineva dünaamikaga. Sellegipoolest ei ole mõistlik jääda lootma DRA iseeneslikule taastumisele, vaid alustada võimalikult vara taastusraviga. Ilma igasugust kehalist aktiivsust rakendamata ei ole DRA iseeneslik taastumine pärast sünnitust märkimisväärne.

Kliinilises praktikas on enim rakendatav konservatiivne sekkumisviis terapeutiline harjutus, mille eesmärk on motoorne ümberõpe, kus õpitakse oskuslikku süvalihaste aktiveerimist, treenimaks süva- ja pindmiste süsteemide integratsiooni. Oluline on õppida *m transversus abdominis*'e isoleeritud jõuharjutuste sooritust, mida hilisemas faasis õpitakse aktiveerima ka funktsionaalsetes tegevustes ja treeningutes (2). Raseduse ajal on kõhu- ja vaagnapõhjalihastele suunatud harjutustega saadud positiivne tulemus nii DRA vähenemisel kui ka ennetamisel (10).

Kuna vaagnapõhjalihased ja kõhulihased töötavad omavahel kooskõlas, ei saa sünnitusjärgselt saavutada vaagnapõhjalihaste optimaalset funktsioneerimist, kui esineb märkimisväärne ja püsiv DRA. Seega on oluline, et samaaegselt ja võrdväärselt vaagnapõhjalihaste rehabilitatsiooniga tegeletak ka DRA taastamisega (22). Väga paljudel naistel on sünnitusjärgselt vähenenud lihastunnetus ja nad ei oska vaagnapõhjalihaseid õigesti pingutada. Seetõttu on väga oluline suunata naine füsioterapeudi poole, kes oskab manuaalselt või elektromüograafiaga hinnata vaagnapõhjalihaseid ning õpetada õiget tehnikat. Kliiniline kogemus näitab, et naised, kes ei saavuta harjutustega paranemist, on teinud pingutust valesti, ebaregulaarselt, liiga lühikest aega jms.

Sünnitusjärgne kompleksne harjutusprogramm avaldab üheaegselt mõju nii kõhu- kui ka vaagnapõhjalihastele, sel on preventiivne mõju alaseljavalu tekkes, aga ka selle vähendamises. Samuti parandab see abdominaalpiirkonna esteetilist välimust, mis on samuti naistele väga oluline (23) ja lisaks tervisele üks peamisi motivaatoreid harjutuste tegemisel.

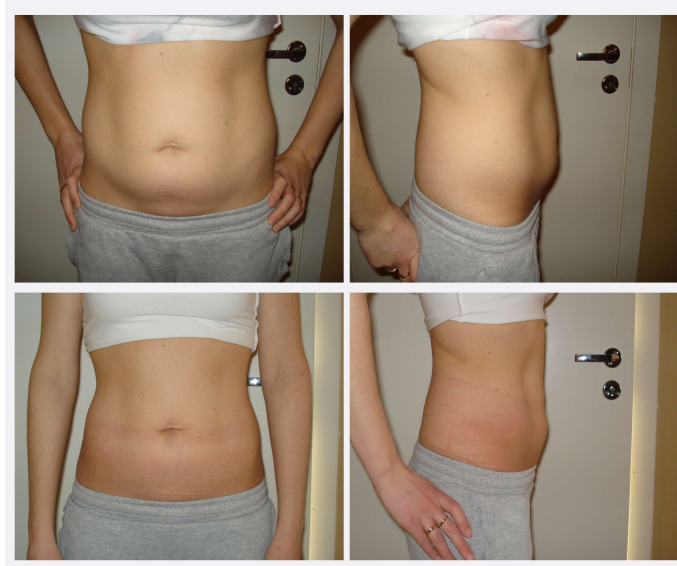
Oluline on koormuse järkjärguline suurendamine ja teadlik treening. Seetõttu peaksid kõik sünnitanud naised külastama kvalifitseeritud füsioterapeuti, sest kõhusirglihase diastaas on sage, kuid aladiagnoositud sünnitusjärgne seisund, mille püsima jäämisega võivad kaasned sekundärsed elukvaliteeti mõjutavad komplikatsioonid.

### **Millal suunata füsioteraapiasse?**

- Tugevalt ettevõlvuv kõht normaalkaalulisel naisel.
- Seliliasendis pead või jalgu tõstes tekib kõhu keskjoonele esilevõlvumine või vagu.
- Valu, mis lokaliseerub vaagnapiirkonnas, kõhuseina eesmises osas nabapiirkonnas või sellest allpool, alaseljas, ristluus või tuharates.
- Nabasong, *Linea alba* song (soovituslik lisaks kirurgi konsultatsioon).
- Uriini, kõhugaaside või väljaheidete leke naerdes, kõhides, hüpatades, aevastades, raskusi tõstes, kõndides, joostes jne.

- Uriini või väljaheite lekkimine täitunud põie või soolestiku korral.
- Raskused mistahes igapäevaste tegevuste sooritamisel, mis on tingitud valust, leketest, pingetest või muudest muret tekitavatest sümptomitest.

Need sümptomid ei leevendu tavaliselt ise ja ei tasu loota, et äkki aasta pärast sünnitust on kõik korras.



### Foto

Ülemine pilt: Kaks aastat teise lapse sünnist.

Alumine pilt: Kuus nädalat harjutusi – vähenenud DRA ja kõhu ettevõlvumine, seljavalusid enam ei ole.

Allikas: [www.kohukliinik.ee](http://www.kohukliinik.ee)

### Kasutatud kirjandus

1. Lo T, Candido G, Janssen P. Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment. *Physiotherapy Canada* 1999; 32–36.
2. Keeler J, Albrecht M, Eberhardt L, Donnelly C, Lowe D. Diastasis recti abdominis: a survey of women's health specialists for current physical therapy clinical practice for postpartum women. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 2012; 36 (3): 131–142.
3. Boissonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of Diastasis Recti Abdominis During the Childbearing Year. *Phys Ther* 1988; 68 (7):1082–1086.
4. Gilleard WL, Brown JMM. Structure and Function of the Abdominal Muscles in Primigravid Subjects During Pregnancy and the Immediate Postbirth Period. *Phys Ther* 1996; 76: 750–762.
5. Noble E. *Essential Exercises for the Childbearing Year*, 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Co; 1982, 45–81.
6. Kimmich N, Haslinger C, Kreft M, Zimmermann R. Diastasis recti abdominis and pregnancy. *Praxis* 2015; 104 (15): 803–806.
7. Candido G, Lo T, Janssen PA. Risk factors for diastasis of the recti abdominis. *J association chartered physiotherapist Women's Health* 2005; 97: 49–54.

8. Parker MA, Millar AL, Dugan SA. Diastasis Rectus Abdominis and Lumbo-pelvic Pain and Dysfunction – are They Related? *J Womens Health Phys Therap* 2009; 33 (2): 15–22.
9. Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K. Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. *Manual Therapy* 2008; 13 (2): 112–121.
10. Chiarello C, Falzone L, McCaslin K, Patel M, Ulery K. The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 2005; 29: 11–16.
11. Rett MT, Braga MD, Bernardes NO, Andrade SC. Prevalence of diastasis of the rectus abdominis muscle immediately postpartum: comparison between primiparae and multiparae. *Physical Therapy* 2009; 13 (4): 275–280.
12. Lee D. Diastasis rectus abdominis and the implications for returning to sport after pregnancy. *In Touch* 2012; 139: 26–32.
13. Mota P, Pascoal AG, Carita A, Bui K. Prevalence and Risk Factors of Diastasis Recti Abdominis from Late Pregnancy to 6 months Postpartum, and Relationship with Lumbopelvic Pain. *Man Ther* 2015; 20: 200–205.
14. Rath A, Dumas J, Goldlust D, Zhang J, Chevrel J. The abdominal linea alba: an anatomoradiologic and biomechanical study. *Surg Radiol Anat* 1996; 18: 281–288.
15. Liaw LJ, Hsu MJ, Liao CF, Liu MF, Hsu AT. The relationships between inter-recti distance measured by ultrasound imaging and abdominal muscle function in postpartum women: a 6 month follow up study. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011; 41 (6): 435–443.
16. Hsia M, Jones S. Neutral Resolution of Rectus Abdominis Diastasis. Two Single Studies. *J Physiother* 2000; 46: 301–307.
17. Stephenson RG, O'Connor LJ. *Maternal Physiology. Obstetric and Gynecologic Care in Physical Therapy.* 2nd ed. USA: SLACK Incorporated; 2000, 27–52. 266–280.
18. Lee DG, Lee LJ, McLaughlin L. Stability, Continence and Breathing: The Role of Fascia Following Pregnancy and Delivery. *J Bodyw Mov Ther* 2008; 12: 333–348.
19. Barbosa S, Moreira de Sa RA, Coca Velarde LG. Diastasis of Rectus Abdominis in the Immediate Puerperium: Correlation Between Imaging Diagnosis and Clinical Examination. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288: 299–303.
20. Volkan T, Cagdas C, Esengul T, Umit K. Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in the Population of Young Multiparous Adults in Turkey. *Ginekologia Polska* 2011; 82 (11): 817–821.
21. Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in a Urogynecological Patient Population. *Int Urogynecol J* 2007; 18: 321–328.
22. Hatami T. Electromyographic studies of influence of pregnancy on activity of the abdominal wall muscles. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* 1961; 75: 71–80.
23. Sapsford R. Rehabilitation of Pelvic Floor Muscles Utilizing Trunk Stabilization. *Man Ther* 2004; 9 (1): 3–12.