

Studie zur Objektivierung der Erfolgsraten nach der Behandlungsmethode von L. Mojzisořa bei weiblicher Sterilität infolge von Funktionsstörungen im Beckenbereich

H. Volejnikořa

Brno, CSFR

Objectivation of the efficiency of the method of Mojzisořa in some types of female sterility in disturbed pelvic function

Summary. Of 166 women suffering from some type of functional sterility 118 were followed up. They were divided into 5 groups. Group A and (later) group E was treated and trained according to the method of Mojzisořa. The method consists of mobilization techniques, postisometric relaxation and soft tissue techniques. Treatment lasted for 6 months. The number of women successfully treated was significantly higher in those who were treated by the method of Mojzisořa as compared to controls.

Key words: Female sterility – Function disturbance of the backbone – Mobilization techniques – Postisometric relaxation.

Zusammenfassung. Von einer Gruppe von ursprünglich 166 Frauen, die an funktioneller Sterilität litten, konnten 118 ausgewertet werden. Sie wurden in 5 Gruppen eingeteilt von denen Gruppe A und (nachträglich) Gruppe E nach der Methode von Mojzisořa behandelt wurden und übten. Die Methode bestand aus Mobilisationstechniken, postisometrischer Relaxation und Weichteiltechniken. Die Behandlungsdauer betrug 6 Monate. Bei den Kontrollgruppen (B, C, D) handelte es sich entweder um „unechte“ Übungen und Behandlungen oder sie blieben während der ersten 6 Monate ohne Behandlung. Die Erfolgsrate – die eingetretenen Schwangerschaften – war bei den nach Mojzisořa übenden hoch signifikant günstiger als in den Kontrollgruppen.

Schlüsselwörter: Weibliche Sterilität – Funktionsstörungen in der Lendenwirbelsäule und Becken – Mobilisationstechniken – Postisometrische Relaxation.

An der Abteilung für Rehabilitation der Universitäts-Geburtsklinik in Brno wurde die Erfolgsrate der Behandlung weiblicher Sterilität infolge von Funktionsstörungen im Beckenbereich mit der Methode von Mojzisořa statistisch geprüft.

Die Behandlung dauerte von Juni 1987 bis Juni 1989. Nach einem Projekt von Ph Dr. E. Frankořa wurde die Behandlung von einer von L. Mojzisořa ausgebildeten Physiotherapeutin ausgeführt.

Material und Methode

Es handelt sich um eine Gruppe von 166 Frauen, die wegen erfolgloser Behandlung (durchschnittlich 4 Jahre) zur medizinischen Rehabilitation einer Sterilität zugewiesen wurden. Die Auswahl erfolgte aufgrund eines Fragebogens, der vom behandelnden Gynäkologen ausgefüllt wurde. Es handelte sich um folgende Kriterien:

- Alter von 22–30 Jahren,
- Normospermie des Partners,
- Durchlässigkeit der Tuben.

Nach Zufallszuteilung wurden die Frauen in die Gruppen A, B und C eingeteilt. Es entstanden noch die Gruppen D und E, auf die im weiteren näher eingegangen werden soll. Die Frauen wurden monatlich zur Untersuchung bestellt, jedesmal 10 Frauen in Gruppe A, B und C. Dasselbe wiederholte sich auch in den folgenden Monaten.

Die Frauen wurden an der Abteilung für Rehabilitation:

- über die Wirkung der Methoden der Rehabilitation und
- über die Behandlungsroutine (Temperaturmessungen, Zufuhr von Flüssigkeit, die Notwendigkeit 2 mal täglich zu üben usw.) informiert;
- von der Krankengymnastin der Befund (Körperhaltung, Stellung des Beckens, Beinlänge, Druckdolenz einzelner Wirbel und der Sternokostalergelenke sowie Rippenblockierungen und Verspannungen, Zeichen von Beckenbodenverspannung usw.) aufgenommen;
- gynäkologisch von Dr. J. Navřatilořa untersucht.

Die Erfolgsquote (Schwangerschaft) wurde folgendermaßen festgelegt:

- Nach der Anzahl erfolgreich behandelter Frauen, die in Gruppe A nach der Methode von Mojzisořa behandelt wurden und übten.
- Nach der Anzahl erfolgreich behandelter Frauen, deren Therapie anders verlief und die auch anders übten (Gruppe B).
- Nach der Anzahl von unbehandelten Frauen in Gruppe C, die nicht übten.

Gruppe A (n = 50)

Hier wurden die Frauen nach der Methode von Mojzisořa behandelt. Es handelt sich dabei vor allem um Behandlung von Lendenwirbelsäule und dem Becken, die in engster Beziehung zu den Geschlechtsorganen stehen.

Behandlungsmethode [1–4]

1. Dehnungs- und Lockerungsübungen für die Lenden- und Beckenmuskulatur, postisometrische Relaxation (PIR) der Gesäß- und Beckenbodenmuskulatur, sowie Kräftigung der Brustmuskeln. Die Frauen lernten die Übungen schon bei dem ersten Besuch und mußten täglich 2 mal im Laufe von 4–6 Wochen zu Hause üben.

2. In der ersten Hälfte des Menstruationszyklus wurde sodann bei jeder Frau von der Physiotherapeutin:

- die Beckenbodenmuskulatur gelockert: nach Erwärmung erfolgte die PIR, die Massage per rectum und die Steißbeinbehandlung.
- Es erfolgte die Mobilisation von Bewegungseinschränkungen im Bereich der Iliosakralgelenke, der Lendenwirbelsäule und der Rippen.
- Die Hausübungen wurden überprüft und korrigiert, und weitere Übungen zur Kräftigung der Beckenboden-, Gesäß- und Bauchmuskulatur verordnet.

Im Verlauf des nächsten Menstruationszyklus wurden die letzten 2 Punkte wiederholt. Die Lockerung der Beckenbodenmuskulatur erfolgte nur dann, wenn wiederum Verspannungen bestanden.

Wenn eine Frau sich aus irgend einem Grund nicht zur Untersuchung begeben konnte (Krankheit, Urlaub), wurde der Termin um einen Menstruationszyklus verschoben.

Die Behandlung wurde nach 6 Besuchen abgeschlossen und war dann erfolgreich, wenn eine Schwangerschaft im Verlauf der Behandlung eintrat.

Gruppe B (n = 50)

Bei der Behandlung dieser Gruppe wurden andere aktive und auch passive Übungen ausgeführt als in Gruppe A (im weiteren „unechte“ Übungen). Dabei wurde darauf geachtet, daß die Übungen sich so wenig wie möglich auf die Segmente auswirkten, auf welche die Methode von Mojzisořa abzielt, ohne daß dies auffällig war, so daß die Frauen nicht ahnten, daß die Übungen unwirksam waren.

Diese Gruppe unterschied sich auch von Gruppe A hinsichtlich der Organisation der Kontrolluntersuchungen an der Abteilung für Rehabilitation. In den Jahren, in denen der Versuch abgehalten wurde, war nämlich die Übungsmethode nach Mojzisořa auch in der Laienwelt schon wohl bekannt. Aus technischen Gründen war es nicht möglich, die beiden Gruppen zeitlich und räumlich so abzugrenzen, daß sie einander in Warteräumen und Gängen nicht begegnen konnten und so die Unterschiede der Übungen und Behandlungen herausfinden konnten. Deshalb erfolgten die Kontrolluntersuchungen der Gruppe B in Gruppen zu einem im vornherein abgesprochenen Termin einmal im Monat. So entstand eine isolierte Gruppe mit Ziel, die Bekanntgabe der Behandlung in Gruppe A zu verhüten.

Diese Umstände verursachten noch weitere Unterschiede, die schwer voraussehen waren. Ungünstig wirkte sich die Tatsache aus, daß, wenn eine der Frauen den für die Gruppe vereinbarten monatlichen Termin auslassen mußte, dieser gänzlich entfiel. Günstig dagegen wirkte sich aus, wie später festgestellt werden konnte, daß sich anlässlich der gemeinsamen monatlichen Treffs ein sehr günstiges Arbeitsklima einstellte: die Frauen schlossen Bekanntschaften, tauschten ihre Behandlungserfahrungen aus, so daß sogar Frauen zur Besprechung kamen, nur um bekanntzugeben, daß sie schwanger waren. In dieser Beziehung waren die Frauen der Gruppe B im Vorteil gegenüber den übrigen, die nur individuell zu Kontrolluntersuchungen kamen.

Analog zur Gruppe A bestand also auch die Behandlung in Gruppe B

1. in aktiven „unechten“ Hausübungen (4 Wochen);
2. in monatlichen Gruppentreffen, ohne Rücksicht auf den Menstrua-

tionszyklus. Zuerst wurden die Hausübungen wiederholt und dann, mit jeder Frau einzeln, die unechten passiven Übungen ausgeführt.

Diese Treffen wurden 6mal wiederholt und die Behandlung dann als erfolgreich eingestuft, wenn die Frau im Verlauf dieser Zeit schwanger wurde.

Gruppe C (n = 50)

In dieser Gruppe wurde nicht geübt. Die Frauen nahmen am Empfängnisgespräch teil und wurden auch gynäkologisch untersucht, wie in den übrigen Gruppen. Das Datum und die Stunde des nächsten Besuchs wurde mit ihnen vereinbart, so daß sie wußten, daß die Behandlung lediglich um 6 Monate aufgeschoben ist.

Diese Gruppe diente auch um auszuschließen, daß die Anzahl von schwangeren Frauen dieser Gruppe psychologisch durch die Erwartung einer Behandlung, die in absehbarer Zeit erfolgen soll, zu erklären wäre.

Die Beobachtungsdauer war ebenfalls 6 Monate und bezog sich auf Schwangerschaften, die nach der Erstuntersuchung und vor Beginn der eigentlichen Behandlung, erfolgten.

Gruppe D (n = 16)

Diese Gruppe entstand zu einer Zeit, in der es aus technischen Gründen nicht möglich war, sie in die Gruppe B einzugliedern.

Die Behandlung bestand in aktiven Hausübungen, die jedoch nicht an der Abteilung für medizinische Rehabilitation nachkontrolliert wurden, weshalb auch keine (unechten, Gruppe D) passiven Übungen ausgeführt wurden.

Die Behandlung dauerte nur 3 Monate. Trotzdem sind die Ergebnisse interessant und sollen angeführt werden. Hier wurde die Therapie als erfolgreich bezeichnet, wenn die Schwangerschaft innerhalb von 3 Monaten nach Beginn zustande kam.

Gruppe E (n = 76)

Diese Gruppe bildeten Frauen, die nicht schwanger wurden und zwar nach „falschen“ Übungen (Gruppen B und D) und den Frauen, die überhaupt nicht geübt hatten (Gruppe C). Hier dauerte die Behandlung (nach Mojzisořa) wie in der Gruppe A, 6 Monate.

Im Sinne der ärztlichen Ethik kamen also die Frauen nicht zu kurz, nur wurde die Behandlung und eine mögliche Schwangerschaft aufgeschoben.

Auch hier wurde die Behandlung nach 6 Kontrolluntersuchungen abgeschlossen und dann als erfolgreich beurteilt, wenn eine Schwangerschaft im Verlauf der Behandlung eintrat.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 angeführt. Aus ihnen geht klar hervor, daß die Erfolgsrate bei den Frauen, die nach der Methode von Frau Mojzisořa behandelt wurden, wesentlich höher liegt (Gruppe A und E) als in Gruppe B und D.

In diesem Zusammenhang wäre es interessant, diese Methode mit anderen reflextherapeutischen Verfahren zu vergleichen (andere Mobilisationstechniken, Akupunktur, Reflexmassage).

Die statistische Auswertung wurde von Dr. V. Novák und RN Dr. H. Koukalová durchgeführt.

Tabelle 1. Untersuchungsergebnisse

Gruppe	Anzahl der Frauen am Anfang des Versuchs [n]	Davon				Anzahl der tatsächlich behandelten Frauen	Davon schwanger	Prozentsatz der erfolgreich Behandelten [%]
		nicht erschienen	Behandlung unterbrochen	wurden vor Behandlung schwanger	unverwertbar			
A	50	6	2	4	3	35	12	34,3
B	50	9	3	3	1	34	3	8,8
C	50	8	3	–	2	37	3	8,1
D	16	–	3	1	–	12	1	8,3
E	76	–	11	–	3	62	17	27,4

Tabelle 2. Übersichtstabelle – statistische Ergebnisse A

Gruppe	Anzahl der tatsächlich Behandelten	Anzahl der		Schwangerschaften (%)
		Schwangerschaften	Miß-erfolge	
A	35	12	23	34,3
B + C + D	83	7	76	8,4
Summe	118	19	99	16,1

Tabelle 3. Übersichtstabelle – statistische Ergebnisse E

Gruppe	Anzahl der tatsächlich Behandelten	Anzahl der		Schwangerschaften (%)
		Schwangerschaften	Miß-erfolge	
E	62	17	45	27,4
B + C + D	83	7	76	8,4
Summe	145	24	121	16,6

Statistische Ergebnisse

Die Auswertung erfolgte nach dem χ^2 -Test, wobei der Anteil der Schwangerschaften in den einzelnen Gruppen beurteilt wurde. Als erstes soll eine Übersichtstabelle angeführt werden (Tabelle 1).

In Tabelle 1 wurde $\chi^2 = 13,543$ bewertet, was einem $p < 0,01$ entspricht. Die Anzahl der Schwangerschaften ist also signifikant abhängig von der Behandlung in den einzelnen Gruppen. Da die Ergebnisse in den Gruppen B, C und D weitgehend übereinstimmen, wurden die Erfolgsraten in den 3 Gruppen auf gleiche Weise ausgewertet.

Hier betrug $\chi^2 0,012$ was einem $p > 0,975$ entspricht, d.h. daß die 3 Gruppen beinahe völlig übereinstimmen. Deshalb wurde aus den 3 Gruppen eine einzige gebildet, die mit Gruppe A und E verglichen wurden (Tabelle 2).

In Tabelle 2 betrug der Wert von $\chi^2 = 12,179$, was einem $p < 0,0005$ entspricht, in Tabelle 3 wurde $\chi^2 = 9,262$ errechnet, was einem $p < 0,005$ entspricht.

Es besteht eine hochsignifikante Abhängigkeit der Schwangerschaften von der Behandlungsmethode, wobei der Anteil der schwangeren Frauen in Gruppe A und E signifikant den Anteil in Gruppe B+C+D übertraf.

Der Vergleich der Gruppe A+E ergibt einen χ^2 -Wert von 0,503, was einem $p > 0,45$ entspricht. Dies bedeutet, daß in diesen 2 Gruppen keine Abhängigkeit zwischen Zugehörigkeit zu einer oder der anderen Gruppe bestand, daß sich also die Behandlung statistisch nicht unterschied.

Schlußfolgerung

Mit Hilfe des χ^2 -Tests gelang es, einen signifikant höheren Anteil von Schwangerschaften in Gruppe A+E, die nach der Methode von Mojzisořa behandelt wurden und üben, als in den übrigen (Kontroll-)gruppen B, C+D nachzuweisen. Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Anzahl von Schwangerschaften zwischen Gruppe A+E.

Literatur

1. Cepicky P (1990) Rehabilitacni metoda lécby zenské neplodnosti podle Cecha a Mojzisořa (Ärztliche Rehabilitationsmethode zur Behandlung weiblicher Sterilität nach Cech-Mojzisořa). Cs Gynekol 55:285–293
2. Mojzisořa L (1988) Rehabilitacni lecba nekterych druhu zenské sterility (Ärztliche Rehabilitation bei der Behandlung gewisser Formen von funktioneller Sterilität bei Frauen). Prakt Lék 68:925–927
3. Volejniková H, Krupicka P (1991) Zkusenost s rehabilitacni lécbou nekterych druhu funkcní sterility na rehabilitacnim oddeleni Fakultni porodnice Brno (Erfahrungen mit ärztlicher Rehabilitation bei der Behandlung gewisser Formen funktioneller Sterilität bei Frauen, an der Abteilung für Rehabilitation der Fakultäts-Geburtsanstalt, Brno). Cs Gynekol 56:21–27
4. Volejniková H (1991) K objektivizaci uspesnosti metody Cech-Mojzisořa pri lécbě nekterych druhu zenské sterility pomoci rehabilitace (Zur Objektivierung der Wirksamkeit der Methode von Cech-Mojzisořa bei der Behandlung von gewissen Formen funktioneller weiblicher Sterilität). Cs Gynekol 45:273–275

H. Volejniková
Hrazdiřova 1
CSFR-62800 Brno