

gorsze niż w przypadku diatermii krótkofalowej oddziaływanie na tkankę tłuszczową stosowanie tego typu diatermii ma mniejsze zastosowanie u pacjentek otyłych.

#### 4.2.1.3. Balneoterapia

Zabiegi balneologiczne zaleca się kobietom z przewlekłymi i nawracającymi zapaleniami pochwy i szyjki macicy jako leczenie wspomagające, najczęściej **solankowe irygacje pochwy** oraz **kąpiele solankowe i radonowe**. Solanki to wody chlorkowo-sodowe o zawartości mineralnej powyżej 1,5%. Zastosowane w postaci irygacji działają odkażająco, stymulują reakcje odpornościowe. Irygacje przeprowadza się na fotelu ginekologicznym z użyciem specjalnej kanki irygacyjnej. Jest to urządzenie wyposażone w końcówkę dopochwową, za pomocą której można kontrolować wlew płynu do pochwy i jego dystrybucję.

W przypadku kąpiele solankowych o temperaturze 36–38°C dodatkowo uzyskanym efektem jest przegrzewanie. Z kolei wody radonowe zawierają niewielkie ilości rozpuszczonego gazu – radonu, powstającego jako produkt rozpadu uranu, który sam charakteryzuje się promieniotwórczością. Kąpiele w wodach radonowych działają bakterioobójczo i stymulująco na układ immunologiczny.

#### 4.2.2. Metody stosowane u chorych z zespołem bólowym miednicy mniejszej

W zespole bólowym miednicy mniejszej, ze względu na różnorodną etiologię, często również idiopatyczną, konieczne jest **leczenie wielodyscyplinarne**. Fizjoterapia ma istotną pozycję terapeutyczną, głównie stosuje się kinezyterapię, krioterapię uogólnioną oraz techniki relaksacyjne.

**Kinezyterapia** polega głównie na zastosowaniu ćwiczeń dynamicznych mięśni związanych z okolicą dolnych partii jamy brzusznej i miednicy. Są to ćwiczenia mięśni brzucha, dna miednicy, krocza, pośladków i grzbietu, wspomagane dodatkowo przez oddychanie torem brzuszny. Zastosowanie ma również terapia ułożeniowa – w celu odciążenia miednicy pacjentki.

**Krioterapia uogólniona** jest zalecana u pacjentek z neuropatyczną przyczyną zespołu bólowego miednicy mniejszej, a także jeśli nie udało się ustalić innej przyczyny dolegliwości. Dodatkowo pozytywne efekty osiąga się przy stosowaniu krioterapii, jeżeli objawom bólowym towarzyszą zaburzenia psychiczne – nerwice i depresja. Zwiększone wydzielanie neurohormonów poprawia nastrój. Czas przebywania w kriokomorze wynosi 60–180 s i dobiera się go indywidualnie w zależności od tolerancji pacjentki. Ciało chorej jest ekspozowane na temperaturę w zakresie od –110 do –160°C do 10 razy w każdym cyklu leczenia.

**Techniki relaksacyjne** są pomocne szczególnie dla chorych, u których dominuje komponenta psychiczna dolegliwości. Dobór ćwiczeń jest indywidualny dla każdej

pacjentki w zależności od jej preferencji. Stosuje się ćwiczenia jogi, masaż i kąpiele relaksacyjne.

W leczeniu kobiet z rozpoznaniem zespołu bólowego miednicy mniejszej, z uwagi na złożoną patogenezę zaburzeń, istotna jest współpraca w zespole wielodyscyplinarnym składającym się z lekarzy różnych specjalności, psychologa i fizjoterapeuty, w celu ustalenia najlepszej ścieżki leczenia i określenia etapowego postępowania.

## 4.3. Fizjoterapia w niepłodności

Dariusz Szukiewicz

Jak już wspomniano w innym miejscu (patrz podrozdz. 2.3: „Niepłodność”, str. 58), zaburzenia płodności mogą mieć wiele przyczyn, często trudnych do wykrycia, a niejednokrotnie leżących po stronie obojga partnerów. Ogromny postęp w medycynie rozrodu sprawił, że działania lecznicze mające na celu uzyskanie prawidłowej ciąży zakończonej porodem o czasie mają zazwyczaj charakter przyczynowy, nie zaś – jak to było jeszcze nie tak dawno – głównie charakter objawowy.

Najlepszym przykładem radykalnego postępu w leczeniu niepłodności jest opracowanie wielu technik zapłodnienia pozaustrojowego (tzw. zapłodnienie *in vitro*).

Coraz większa dostępność skutecznych leków oddziałujących na czynność jajnika, pobudzających owulację i pożądane przemiany endometrium, a także opracowanie schematów ich dawkowania otworzyły nowe perspektywy leczenia niepłodności o podłożu hormonalnym. Z kolei stosunkowo niedawno wprowadzone techniki endoskopowe w ginekologii, takie jak laparoscopia i histeroscopia, ułatwiają usunięcie przeszkód mechanicznych i anatomicznych w obrębie macicy (np. przegrody, polipy, zrosty pozapalne, niektóre rodzaje mięśniaków), jajowodów (usuwanie niedrożności, operacje rekonstrukcyjne) i jajników (np. elektrokoagulacja pogrubiałej torebki łącznotkankowej jajnika w celu ułatwienia owulacji), stanowiących przyczynę niepłodności.

Sukcesy w profilaktyce i leczeniu zarówno ostrych, jak i przewlekłych chorób zapalnych w obrębie jamy brzusznej, miednicy mniejszej i narządu rodowego powodują, że liczba pacjentek kwalifikowanych do terapii wyłącznie metodami fizjoterapeutycznymi, często w warunkach sanatoryjno-uzdrowiskowych, stale się zmniejsza.

Z wymienionych wyżej powodów określenie zadań fizjoterapii w leczeniu niepłodności wymaga nieco „odnowionego” podejścia. Przede wszystkim **należy docenić działania wspomagające** zasadniczy (przyczynowy) tor leczenia, które podejmowane we współpracy z członkami zespołu lekarskiego mogą przynieść zaskakująco korzystne efekty.

Dwa główne kierunki oddziaływania fizjoterapeutycznego na organizm kobiety to:  
→ modulowanie aktywności autonomicznego układu nerwowego i wpływanie na funkcje neuroendokrynne osi podwzgórze–przysadka–jajnik;