



Konference

FyzioDen Brno

Téma:

Rehabilitace pánevního dna v širších souvislostech

SBORNÍK ABSTRAKTŮ

Sponzoři:



Diagnostika a terapie funkčních poruch pánevního dna a svěračů

Prim. MUDr. Miluše Jurášková

Rehabilitační oddělení FN Brno má specializovanou ambulanci pro léčbu projevů anorektální dysfunkce (dyssynergie pánevního dna) a stomické pacienty. Pacienti k nám přijíždějí především z Moravy, ale i z východních částí Čech. Převažují ženy. Před dvaceti lety jsme začali s rehabilitací inkontinence stolice, nyní rehabilitujeme všechny projevy poruchy funkce pánevního dna a svěračů. U pacientů s ca rekta nebo IBD je rehabilitace indikována i před operací v rámci přípravy pánevního dna na operaci nebo pooperačně.

Speciální skupinu tvoří pacienti se stomií.

Z klinických projevů, se kterými k nám pacienti přicházejí je to především: močová inkontinence, inkontinence stolice + projevy dyssynergie pánevního dna, obstipace, bolesti v malé pánvi, kostrčový syndrom, sestup pánevních orgánů (prolaps dělohy, poševního pahýlu po hysterectomii, rectocoela, cystocoela), sexuální dysfunkce - dyspareunie

Diagnostika a léčba: odstranění příčiny - anální plastiky, rekonstrukce svěračů, hemoroidektomie + úprava diety + medikace + rehabilitace: LTV - posílení svalového dna pánevního - spec.cvičební jednotka, elektrogymnastika pánevního dna –phyaction 787 –elektrostimulace pánevního dna + myofeedback – přístroj myo 420 a myo 200 + další fyzikální terapie, PIR.

Rehabilitace pánevního dna a svěračů je dlouhodobá záležitost, pro pacienty ze vzdálených míst ve spolupráci s IGEK a přednostou MUDr. Dolinou jsme schopni zapůjčit některé myofeedbackové přístroje po zaškolení na domácí léčbu.

Vždy k léčbě doplňujeme i kineziologický rozbor a individuální kinezioterapii k úpravě svalové dysbalance.

Dyssynergie svalů dna pánevního a její terapie ve FN Brno

Mgr. Kamila Smrčková a kolektiv LRO, FN Brno, Jihlavská 20, 62500 Brno

Tento příspěvek přináší stručný přehled typů dyssynergie svalů dna pánevního (SDP) a možnost její terapie ve FN Brno. Prezentace popisuje řešení této problematiky na různých pracovištích nemocnice z pohledu fyzioterapie, zejména na oddělení lůžkové rehabilitace (LRO), v ambulantním provozu, dále pak v rámci pre- a pooperační péče na oddělení chirurgie a oddělení šestinedělí a gynekologie.

V rámci terapie je důležité prvotní vyšetření rehabilitačním (RHB) lékařem, dále pak kineziologický rozbor ze strany fyzioterapeuta, vyšetření a ošetření SDP pomocí perfect score a dle Ludmily Mojžíšové, terapie s využitím různých metodik na neurofyziologickém podkladě (NFP) a nácvik izolované kontrakce SDP dle Kegelových cviků či Ostravského konceptu s postupnou kokontrakcí ostatních svalů hlubokého stabilizačního systému (HSS).

Prezentace uvádí výsledky statického měření počtu pacientů na LRO i ambulanci v letech 2016-2018 s různým typem dyssynergie SDP. Na LRO bylo v tomto období dohromady hospitalizováno celkově 140 těchto pacientů a na obou ambulancích celkově 1071. Objektivní měření svalové síly (SS) SDP bylo prováděno na myofeedbackovém přístroji na LRO a ambulanci různého typu. Dle výsledků z LRO došlo ke zlepšení SS v průměru o 29,44 % a celkem 32 pacientů dosáhlo zlepšení SS o 20 % z celkového počtu 48 pacientů z roku 2018.

Na LRO probíhá intenzivní RHB SDP po dobu 3 týdnů, s využitím rozsáhlé škály fyzioterapeutických metodik, aplikací metody Ludmily Mojžíšové, vyšetřením a ošetřením SDP a využitím fyzikální terapie ve smyslu elektrostimulace SDP a jejich myofeedbackového tréninku.

V ambulanci terapie probíhá jako následná terapie po propuštění z hospitalizace na LRO anebo jako prvotní terapie, trvající až půl roku s absolvováním zejména tréninku a stimulace SDP na myofeedbacku různé obtížnosti a instruktážního cvičení SDP.

V rámci terapie SDP je také důležité doporučení vhodných pomůcek na posílení SDP pro domácí použití a případně i zapůjčení menšího myofeedbackového přístroje domů.

Příprava těhotné ženy k porodu z pohledu fyzioterapeutky

Mgr. Marika Bajerová

Těhotenství je děj, ve kterém je žena den ode dne jiná. Změny přicházejí postupně a ve svém vlastním, individuálním tempu. Pokud je tělesná výbava ženy v dobré kondici, může prožít těhotenství bez bolestí. Vše je ovlivněno jejím emočním prožíváním a psychickým nastavením, způsobem stravování, klidnými či napjatými vztahy v rodině, celkovým vnímáním vlastního těla a přístupem k sobě samé.

Přibývá žen, které v těhotenství trápí rozličné bolesti na pohybovém systému a které mají potíže se bezbolestně pohybovat. Bolesti a potíže s pohybem v těhotenství jsou sice běžnou realitou, neměli bychom však k tomuto fenoménu dnešní doby přistupovat jako k normě.

Zdravé těhotenství nebolí.

Porucha posturálních, nosných funkcí těla v těhotenství se projevuje nerovnováhou (či je následkem nerovnováhy) napětí měkkých tkání a orgánů pánve, břicha a trupu. Tělo ztrácí schopnost pružně, koordinovaně a jemně reagovat na těhotenské změny. Poruchy posturálních funkcí vedou k decentraci dělohy, tahovým bolestem děložních vazů a k poruchám poloh plodu v děloze, což ztěžuje podmínky pro přirozený porod. Ze své praxe mohu říci, že *dítě volí v děloze takovou polohu, jakou mu tělesná schránka ženy umožní*. Dítě v děloze nemá rádo napětí. Pokud je dysbalance v napětí měkkých tkání pánve a trupu těhotné ženy, jsou přítomné kloubní blokády a svalové spazmy, volí dítě nejlepší možné postavení (byť je to poloha příčná, šikmo naléhá či jakákoliv jiná neoptimální). *Úprava tělesného nastavení ženy jde ruku v ruce s úpravou polohy dítěte v děloze*. A vymizí nejen bolesti zad, ale i tvrdnutí břicha, na které si těhotné ženy často stěžují již od prvních týdnů těhotenství.

Fyzioterapie v těhotenství má své nezastupitelné místo. Díky vzájemné komunikaci a spolupráci s lékaři (gynekology-porodníky, rehabilitačními lékaři, ortopedy, neurology) a porodními asistentkami, dostává žena nejlepší možnou péči. Spolupráce příznivě ovlivňuje nejen průběh těhotenství, ale i samotný porod dítěte.

Pánevní dno v kontextu posturální funkce

Mgr. Michaela Havlíčková

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství Fakultní nemocnice v Motole a 2. LF UK

Pánevním dnem se v širším kontextu rozumí spojení kostěného aparátu, svaloviny, vaziva, nervově-cévních svazků a orgánů malé pánve. V rámci fylogenetického a ontogenetického vývoje se celý region postupně přizpůsobuje bipedálnímu způsobu lokomoce a k původní fázické a vylučovací funkci se přidává funkce podpůrná a posturální. Stejným vývojem si prošla též bránice a dno úst a jejich vzájemné osově nastavení, nesené nad klouby dolních končetin, je pro správnou funkci těchto horizontálních předělů nezbytné.

Gravitační zátěž orgánů malé pánve společně s intraabdominálním tlakem vyvolávají odpověď v m. levator ani i za přispění stretch reflexu. Pokud tuto zátěž vyloučíme, popřípadě umístíme svalovinu do „antigravitačního“ zatížení, pozorujeme signifikantní snížení klidového tlaku v anu. Recentní studie též poukazují na vliv polohy pánve při neúplném vzpřímení v kyčlích (anteverzi pánve) na napětí svalů pánevního dna.

Recipročně může i abnormální tonus svalů pánevního dna ovlivnit relativně charakteristicky postavení pánevních kostí, nejčastěji do torze. Zlatým standardem fyzioterapeutických rozborů bývá palpační hodnocení, ale asymetrii lze dobře odečíst i v dynamických testech jako je squat, lezení po 4 či stoj na 1DK. U symptomatických pacientů vyšetření zahrnuje hodnocení intaktnosti svalového bříška a silových parametrů.

Často opomíjený, byť neméně důležitý, je vliv tonu viscerálních vazů. Fascia visceralis inzeruje přímo do ligg. sacroiliaca, symfýzy a fascie svalů pánevního dna a při pozánětlivých či pooperačních adhezích tak mění postavení pánve. Klinicky je nocicepce z viscerálního vaziva významnějším faktorem pro poruchu distribuce intrapelvického tlaku, než afekce ze svaloviny pánevního dna.

S přihlédnutím na integrální teorii je cílená terapie sfinkterových i posturálně podpůrných funkcí v oblasti pánevního dna vhodným řešením u pacientů s funkční, ale i strukturální poruchou.

Fyzioterapie v léčbě hyperaktivního měchýře

Mgr. Romana Holaňová

Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) definujeme močovou inkontinenci jako stav nedobrovolného úniku moči, který je objektivně prokazatelný a působí sociální nebo hygienické problémy. Nejčastějšími formami močové inkontinence, se kterými se v praxi setkáváme jsou stresová inkontinence a hyperaktivní měchýř zahrnující symptomy zvýšené frekvence, urgency a urgentní inkontinence.

Stresová inkontinence je charakterizována jako únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku. Nedochozí ke kontrakci detruzoru, intravezikální tlak pasivně převyší tlak uretrální. U hyperaktivního měchýře dochází k úniku moči při neovladatelném nucení na močení a nebo je pouze zvýšená frekvence močení s nebo bez kombinace s urgentními symptomy. Uvedená klasifikace je do značné míry schématická a v praxi se setkáváme velmi často se smíšenými typy inkontinence.

V patogenezi hyperaktivního měchýře hraje roli narušení rovnováhy mezi excitačním systémem detruzoru a inhibičními mechanismy detruzorové aktivity na všech úrovních nervové soustavy. Za normálních okolností se během plnicí fáze mikčního cyklu detruzor akomoduje na rostoucí náplň močového měchýře - je relaxován vlivem převládajícího tonu sympatické inervace. Teprve při přechodu z jímací do mikční fáze dochází k zvýšení tonu parasympatiku, který vyvolává kontrakci detruzoru, jež vede k evakuaci močového měchýře. Přechod z jímací do mikční fáze mikčního cyklu je kontrolován volními mechanismy. Za patologických okolností může docházet k mimovolnímu vzestupu detruzorové aktivity kdykoliv v průběhu jímací fáze (OAB s netlumenými kontrakcemi detruzoru), nebo je porucha na aferentní straně mikčního reflexu, přičemž dochází k chybné projekci pocitu plného močového měchýře v CNS při jeho neadekvátní náplni (OAB bez netlumených kontrakcí detruzoru). Výsledkem je v obou případech pocit neodolatelného nucení na močení (urgence) s nebo bez urgentní inkontinence.

Fyzioterapie hrála v léčbě inkontinence vždy spíše okrajovou úlohu a tradičně byla považována za alternativu pouze v léčbě stresové inkontinence. Nicméně i u hyperaktivního měchýře se dají výše zmíněné symptomy velmi dobře ovlivnit cílenou terapií svalů PD v kombinaci s behaviorální terapií. Cílem kinezioterapie je snížení nebo absence počtu urgencí (ať už s inkontinencí nebo bez ní) a úprava frekvence močení. Tím tak výrazně zvýšíme životní komfort pacientek, které jsou často v produktivním věku a tyto symptomy mají na ně výrazně negativní psychosociální dopad.

Jak poznat psychosomatického pacienta a jak s ním pracovat

MUDr. Helena Máslová

Postura člověka funguje jako zrcadlo pro duši. Stačí si sednout do kavárny a pozorovat procházející a z jejich chůze a držení těla můžeme odhadnout, jaká je jejich základní emoce, v jaké jsou životní fázi. Jsou to situační vítězové v mírném záklonu s vypnutou hrudí s tendencí propínat končetiny, kteří si v nejbližší době poraní vazy, až přecení své koordinační schopnosti? Nebo to je starší člověk, již rigidnější v adaptaci, pod tíhou příliš prudkých změn, možná mu zemřel někdo blízký a on ztratil pevnou půdu pod nohama, proto se snaží rozšířit své těžiště, přihrbil záda, baze kroku se rozšířila, končetiny jsou v semiflexi a ruce jdou do šíře, takže připomíná spíš kraba, který zabírá půl chodníku a určitě neuhne, když půjdete proti němu. Většinou je řeč těla mnohem diskrétnější, ale i ze způsobu zaklepání na dveře se dá mnohé vyčíst. Terapeuti neumí změnit osud pacienta, ale mohou vhodnou otázkou otevřít zanícenou ránu duše. Pamatujete na latinské *Ubi pus, ibi evacua* (kde je hnis, tam vypuště). A to platí i pro psychické inzulty, je to medicínské pravidlo s obecnou platností.

Vaginální mobilizace aneb Čím vším je třeba pohnout, aby se ženy mohly pohnout

Mgr. Tereza Dvořáková, Ph.D. (privátní praxe Brno).

Vaginální – při terapii dochází v indikovaných případech k ošetření per vaginam.

Mobilizace – uvedení do pohybu.

Prostřednictvím manuálního ošetření těla dochází k úpravě, k obnově či k tvorbě zcela nového pohybu tkání. Tento děj zasahuje všechny tělesné systémy - pohybový, viscerální, nervový, vegetativní atd. Spolu s aktivací všech kognitivních procesů.

Pro lékaře – problematika spadá do oboru gynekologie, urogynekologie a fyzioterapie jako specializace - manuální medicína v gynekologii. Celkovou posturální a funkční fyzioterapii doplňuje na lokální úrovni pánve o tzv. měkké techniky (ošetření svalů malé pánve, kyčelního kloubu, břich atd., ošetření spoušťových bodů, svalových spasmů, jizev, fasciálních adhezí a srůstů); kloubní mobilizace Co, SI, symfyzy; viscerální ošetření a další, přístupem per vaginam.

Pro fyzioterapeuty – Vaginální mobilizace jako technika rozšiřuje dosavadní využití přístupu per vaginam na další indikace mimo problematiku malé pánve. Velmi dobře lze její cílené provedení využít u chronických a terapeuticky stagnujících potíží LBP, pseudo-kořenové syndromy, tenzní bolesti hlavy, poruchy centrace kyčelního kloubu atd

Pro pacientky – manuální ošetření per vaginam je možnost, jak řešit potíže, které byly doposud v dosahu pouze farmakologické, nebo chirurgické péče. Technika dává pacientce především čas převzít nad svým tělem odpovědnost. Při spolupráci s fyzioterapeutem obnovují dynamické i opěrné funkce pánve i postury jako funkčního celku. Při ošetření dochází k uvolnění napětí jak na fyzické, mentální tak i emoční úrovni.

Závěrem – Množství diagnóz a klinických stavů, které doposud odolávají působení pozitivního vlivu západní medicíny je ohromující. Díky sílícímu spojení odborné lékařské péče s kreativitou a fundovaností české fyzioterapie (která nemá na mezinárodním poli obdoby), se nám dostává do rukou mocný nástroj, jak pomoci. Nemalé množství patientek, které život zaskočil na nejintimnějším místě, a které jsou mnohdy vyděšeny, s bolestí a ysfunkcí, je mnohdy zcela odkázáno na trvalé užívání léků či opakované chirurgické zákroky s nejasným účinkem.

Věřím, že stojíme u zrodu nové medicíny a obnovy zdraví jedince, jako celostní bytosti. To co nás ještě čeká, jako budoucí nedílná součást dobré péče o naše pacienty, bude rozšíření našeho profesního know how o další stavební kámen – o emoční inteligenci.

Nezaseješ, nesklidiš a padneš na dno - nejen to pánevní

Mgr. Martina Nakládalová

O svaly pánevního dna se většina žen začne zajímat, až když se něco pokazí. Teprve pak hledají, kdo nebo co jim pomůže. Často si však vyhledají neodborné články na internetu s „všespasitelnými“ Kegelovy cviky nebo pseudo odborníky s certifikátem. Pánevní dno se stalo tématem bulváru, se kterým fyzioterapeut může jen těžko soupeřit a stává se z něj pouze jakýsi opravář, místo toho, aby sám proaktivně pomáhal těm, které jeho léčení ještě nepotřebují.

Ženy mají velmi dobré znalosti o tom, jak se starat o svůj zevnějšek, ale jak správně pečovat o své tělo včetně svalů pánevního dna, často vůbec netuší. U pánevního dna bychom měli svou pozornost obrátit k mladým dívkám v období první menstruace. V této době si poprvé začnou více uvědomovat oblast pánve, ke které často díky bolestivé menstruaci získají negativní vztah. Místo toho, aby si „zobly“ ibalgin, se potřebují naučit, jak pomocí dechu uvolnit pánevní dno a zbavit se nepříjemných pocitů, protože i v pánvi jsou svaly, které pro správnou funkci potřebují dostatečný rozsah pohybu, pružnost a sílu. Fyzioterapeut by měl být ten, kdo ovlivní, aby ženy měly o těchto svalech povědomí a uměly s nimi pracovat. Při menstruaci, pohlavním styku, během těhotenství, po porodu, v menopauze, při každodenních činnostech, zkrátka během celého života. Pokud nezasejeme tyto informace správně my, fyzioterapeuté, udělá to někdo jiný a špatně. Pak se nedivme, co v ordinacích sklízíme. A co k tomu fyzioterapeut potřebuje? Šikovné ruce, zrak, empatii a čas. Fyzioterapeut se totiž nepotřebuje schovávat za zázračné pomůcky, přístroje a nejnovější trendy. On totiž zná základní principy, které jsou nad všemi zvučně znějícími metodami a moderními technologiemi.

Prevalencia inkontinencie moču u športovkýň.

Doc. PhDr. Magdaléna Hagovská, PhD., Cert. MDT,
Klinika fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie LF UPJŠ a UNLP, Košice

Východiská: vysoká intenzita fyzickej aktivity je rizikovým faktorom vzniku inkontinencie moču a ďalších dysfunkcií panvového dna. Systémové prehľady štúdií poukazujú na potrebu realizovania ďalších výskumov, ktoré monitorujú prevalenciu jednotlivých typov inkontinencie moču a objektivizujú intenzitu fyzickej aktivity.

Ciel: cieľom prierezovej štúdie bolo zistiť prevalenciu symptómov stresovej inkontinencie moču (SIM) u športovkýň (s vysokou intenzitou fyzickej aktivity) a nešportovkýň (s nízkou intenzitou fyzickej aktivity) podľa vypočítanej záťaže v metabolickom ekvivalente (MET- min/týždeň) pomocou dotazníka IPAQ. Zisťovali sme aj dopad SIM na kvalitu života. Ďalším cieľom bolo monitorovanie vplyvu druhu športu a intenzity fyzickej aktivity na výskyt stresovej inkontinencie moču (SIM) u športovkýň.

Vzorka: súbor pozostával 557 žien (športovkýň a nešportovkýň) s priemerným vekom 20.9 ± 2.8 .

Metódy: dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii (ICIQ-UI SF), dotazník príznakov urgentnej inkontinencie (OAB-q), škála na hodnotenie kvality života pacientov s inkontinenciou moču (I-QoL), medzinárodný dotazník fyzickej aktivity (IPAQ).

Výsledky: ICIQ-UI SF potvrdil mierne ťažkosti s únikom moču u 33 (6.14 %) športovkýň a 11 (2.04 %) nešportovkýň. V I-QoL bola znížená kvalita života v skupine športovkýň pre vyšší výskyt SIM ($p < 0.001$). Riziko vzniku SIM bolo vyššie v skupine športovkýň (odds ratio OR:3.49; 95% CI: 1.727-7.064), ($p < 0.001$). Najvyššie percento výskytu SIM bolo zistené u atletiek (23.8%) a následne u volejbalistiek (19.6%). Zistili sme, že výška kumulatívneho MET nemala vplyv na percento výskytu SIM, ale druh športu áno. Riziko vzniku SIM bolo najvyššie u volejbalistiek (odds ratio OR:2.16, 95% CI: 0.96 – 4.89), ($p < 0.05$) a atlétok (OR=2.56, 95% CI: 0.87 – 7.51) $p=0.08$. Kvalita života hodnotená I – QoL bola mierne znížená pri miernom výskyte SIM.

Záver: športovkyne s vysokou intenzitou fyzickej aktivity v MET-min./týždeň podľa IPAQ majú väčšiu šancu, dostať stresovú inkontinenciu moču v porovnaní s nešportovkyniami s negatívnym vplyvom na kvalitu života. Volejbalistky majú 116% násobnú šancu dostať SIM v porovnaní s ostatnými popísanými druhmi športu. Zdravotnícky personál by mal informovať populáciu športovkýň s rizikom vzniku SIM s cieľom implementácie preventívnej fyzioterapie pre posilnenie svalov panvového dna.

Kľúčové slová: stresová inkontinencia moču, športovkyne, nešportovkyne

Prevalencia inkontinencie moču u športovkýň v Českej republike – príprava štúdie

Mgr. Michaela Bobrová

Cieľom štúdie je zistiť prevalenciu stresovej inkontinencie moču, hyperaktívneho močového mechúra a zmiešanej inkontinencie u vrcholových športovkýň a športovkýň s objektívne zmeranou vysokou intenzitou záťaže pomocou Medzinárodného dotazníka fyzickej aktivity IPAQ v Českej republike. Podmienkou na účasť na štúdií boli vek 18 až 35 rokov, hodnota v dotazníku IPAQ nad 3000 MET-minúty/týždeň v posledných 3 mesiacoch, tréning minimálne 3 dni v týždni, viac ako 2 roky. Na hodnotenie sme použili Dotazník medzinárodnej konzultácie o inkontinencii ICIQ – UI SF, Rolandov dotazník bolesti, Contlife a Krátky dotazník príznakov urgentnej inkontinencie moču – OAB-Q.

Pánevní dno postavené na nohy

MUDr. P. Skalka KNTB, a.s. Zlín

Představujeme náš koncept práce s nemocnými s dysfunkcí pánevního dna. Touto problematikou se zabýváme od roku 1997, kdy začala naše spolupráce s urogynekologickou ambulancí u nemocných se stresovou inkontinencí. Vycházeli jsme z klasických Kegelových cviků, cvičení dle Mojžíšové a pražské školy myoskeletální medicíny. Výsledky nebyly uspokojivé, tak jsme do cvičení přidali prvky z postojů v bojových uměních a taijijuan a naše zkušenosti s prací s klenbou nožní. Zavedli jsme prvky cvičení ve stoji, které nebyly v té době obvyklé a přineslo to efekt. Po empirickém zjištění, že je to nutnost restituovat opěrnou funkci klenby, která přinese skokové zlepšení ve funkci pánevního dna (dnes bychom použili termín centrace v zavřeném řetězci) vznikl tzv. korigovaný stoj, ve kterém se snažíme nemocné volně korigovat. Bude demonstrován způsob práce s nemocnými v korigovaném stoji, upozorněno na nejčastější chyby a úskalí v této terapii a možnosti tohoto postupu. Bude zdůrazněna nutnost dobré compliance nemocných u této jinak nepříliš náročné metody.

Je to metodika volní posturální korekce, kterou samozřejmě dále kombinujeme s dalšími postupy podle individuálního rozboru jednotlivého nemocného. Tento systém nám pomohl u stovek nemocných dosáhnout kompenzace stresové inkontinence, nebylo nutno přistupovat k operativě TVT páskou nebo některou se závěsných operací a je samozřejmě využitelná u řady dalších onemocnění spojených s dysfunkcí pánevního dna a poruch centrace kyčle a dolní končetiny.

Úvod do metody Ludmily Mojžíšové

Hana Volejníková

Metoda Ludmily Mojžíšové je hlavně známa jako jeden ze způsobů, jak léčit některé druhy funkční ženské sterility. Indikací k léčbě touto metodou je ovšem daleko více.

Jsou to některé další choroby gynekologické /bolestivá menstruace, opakované potraty, ukazuje se i kladné působení na tonus dělohy při IVF/, dále choroby ortopedické /dětské skoliósy, bolesti kostrče, vertebropatie, bolesti pánve neznámého původu/, některé druhy urologických onemocnění/inkontinence močová, retence moče/, z interních onemocnění některé formy obštipace.

Problémem je ale to, že o možnosti léčby metodou Mojžíšové u těchto dalších onemocnění málo lékařů ví, přestože se v ní stále školí další a další fyzioterapeuti.

Proto bylo uvítáno pozvání pořadatelů Konference FyziDen Brno k zařazením workshopu "Úvod do metody Ludmily Mojžíšové". Bude to snad jedna z možností, jak rozšířit povědomí lékařů o možnosti užití této metody i u jiných indikací, než je ženská sterilita.