

X wiosna

z fizjoterapią

AKTUALNE KIERUNKI ROZWOJU FIZJOTERAPII I REHABILITACJI

Warszawa, 22-23 kwietnia 2016

PROGRAM I STRESZCZENIA



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY NAUKOWI



PARTNERZY MEDIALNI



X WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa

AKTUALNE KIERUNKI ROZWOJU FIZJOTERAPII I REHABILITACJI

Warszawa, 22-23 kwietnia 2016

POD AUSPICJAMI DEKADY KOŚCI I STAWÓW WHO



The Bone and Joint Decade
Promoting musculoskeletal health
Keep people moving

PATRONAT HONOROWY

JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
prof. dr hab. med. Marek Krawczyk

PATRONAT NAUKOWY

Polskie Towarzystwo Fizjoterapii
Polskie Towarzystwo Rehabilitacji

PATRONAT MEDIALNY

Czasopismo „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”
Czasopismo „Fizjoterapia Polska”
Portal FizjoterapiaOnline.pl

PARTNERZY STRATEGICZNI

Studenckie Towarzystwo Naukowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samorząd Studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samorząd Doktorantów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ORGANIZATORZY

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodniczący:

dr n. o zdr. Anna Słupik – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego, Opiekun SKN Fizjoterapii

Paweł Jasiński – Przewodniczący SKN Fizjoterapii

V-ce Przewodnicząca:

mgr Anna Mosiołek – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego

Członkowie:

dr n. o k. f. Dariusz Boguszewski – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego

Aneta Bugalska – SKN Fizjoterapii

Marianna Górka – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii

Anna Grabowska – SKN Fizjoterapii

Aleksandra Kobylarek – SKN Fizjoterapii

Paulina Korpelainen – SKN Fizjoterapii

Roch Kossowski – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii

Monika Noszczyk – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii

mgr Anna Obszyńska-Litwiniec – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego

mgr Anna Ostaszewska – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego

Agata Skowron – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii

Anna Skórka – SKN Fizjoterapii

Joanna Wójcik – SKN Fizjoterapii

Dominika Wrzosek – SKN Fizjoterapii

Magdalena Zielińska – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii

RADA NAUKOWA

Przewodniczący:

dr hab. n. med. DARIUSZ BIAŁOSZEWSKI – Kierownik Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Redaktor Naczelny Czasopisma „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”

Członkowie:

dr n. o k. f. GRAŻYNA BRZUSZKIEWICZ-KUŹMICKA – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Fizjoterapii dla Obszaru Województwa Mazowieckiego, Prezes Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

dr n. med. MAREK KILJAŃSKI – Prezes ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

prof. dr hab. med. JERZY KIWERSKI – Rektor Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie

dr hab. n. o k. f. MACIEJ KRAWCZYK – Członek Zarządu Stowarzyszenia „Fizjoterapia Polska”

prof. dr hab. med. JACEK KRUCZYŃSKI – Polski Koordynator „Dekady Kości i Stawów WHO”

prof. nadzw. dr hab. med. KRYSTYNA KSIĘŻOPOLSKA-ORŁOWSKA – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej

prof. dr hab. med. JOLANTA KUJAWA – Prezes ZG Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Kierownik Kliniki Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. nadzw. dr hab. n. med. PIOTR MAJCHER – Kierownik Zakładu Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji

prof. dr hab. n. med. ARTUR MAMCARZ – Prodziekan II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ds. Oddziału Fizjoterapii

prof. nadzw. dr hab. n. o k. f. EDYTA SMOLIS-BAK – Katedra Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

dr n. o k.f. AGNIESZKA STĘPIEŃ – Członek Zarządu Stowarzyszenia „Fizjoterapia Polska”

prof. nadzw. dr hab. n o k. f. JAN SZCZEGIELNIAK – Kierownik Katedry Fizjoterapii Klinicznej Instytutu Fizjoterapii Politechniki Opolskiej, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Fizjoterapii dla Obszaru Województwa Opolskiego, Wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

prof. nadzw. dr hab. med. ZBIGNIEW ŚLIWIŃSKI – Kierownik Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

dr n. med. PIOTR TEDERKO – Przewodniczący Zarządu Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji

dr n. biol. ZBIGNIEW WRÓŃSKI – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Fizjoterapii

Dziesięć lat Wiosny z Fizjoterapią

W imieniu Komitetu Organizacyjnego mam zaszczyt powitać Państwa na jubileuszowej, dziesiątej już, Wiosnie z Fizjoterapią. Od dziesięciu już lat Konferencja organizowana jest przez członków Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy współpracy z Zakładem Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego.

Nieziennie na Konferencji przedstawiane są prace oryginalne, a swoje badania mają okazję zaprezentować studenci studiów licencjackich, magisterskich oraz doktoranckich. Tematem przewodnim pierwszej sesji, wzorem lat ubiegłych, są „Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji”. Przewidziana jest również sesja tematów wolnych oraz sesja plakatowa. Całość wydarzenia uświetni wystawa fotograficzna „Niepełnosprawni są wśród nas” przygotowana przez członków Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii.

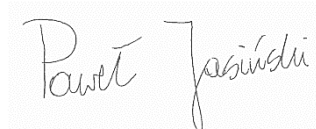
Całe wydarzenie objęte jest Patronatem Honorowym Jego Magnificencji Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. med. Marka Krawczyka. Konferencja objęta jest również Patronatem Naukowym Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii oraz Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Podobnie, jak w latach ubiegłych, wydarzenie odbywa się pod auspicjami Dekady Kości i Stawów WHO. Prezesi i członkowie tych Towarzystw i Organizacji, wraz z Krajowymi i Wojewódzkimi Konsultantami w dziedzinie Fizjoterapii oraz Kierownikami Klinik i Zakładów, Władzami Wydziałów i Oddziałów Fizjoterapii polskich uczelni kształcących przyszłych fizjoterapeutów, współtworzą Radę Naukową Konferencji.

Podobnie, jak w latach ubiegłych, w przygotowaniu Konferencji wspierają nas: Studenckie Towarzystwo Naukowe, Samorząd Studentów oraz Samorząd Doktorantów, którym serdecznie dziękujemy za okazane wsparcie. Dzięki ww. Organizacjom oraz zewnętrznym Sponsorom, których stanowiska będą mogli Państwo zwiedzać w trakcie trwania Konferencji, dysponujemy cennymi nagrodami rzeczowymi oraz licznymi kursami zawodowymi dla Laureatów, których wartość w tym roku osiągnęła prawie 30 tys. złotych.

W związku z okrągłym Jubileuszem Dziesięciolecia Konferencji przygotowaliśmy dla Państwa dziewiętnaście warsztatów, dzięki którym uczestnicy Wiosny mogą nabyć nowe umiejętności zawodowe i poszerzyć wachlarz swoich zainteresowań. Zajęcia te prowadzone będą przez doświadczonych pracowników m.in. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Warszawie, Polskiej Akademii Medycyny Osteopatycznej oraz Sutherland Medical Center, Reha Plus oraz wielu innych. W związku z tym jesteśmy przekonani, że każdy z Uczestników znajdzie dla siebie warsztat zgodny z obszarem zainteresowań.

Pragnę życzyć Państwu miło spędzonego czasu oraz poszerzenia wiedzy podczas X Wiosny z Fizjoterapią.

Przewodniczący SKN Fizjoterapii



Paweł Jasiński

Szanowni Państwo, Drodzy Studenci,

Witamy Was serdecznie na Jubileuszowej X edycji „Wiosny z Fizjoterapią”. Konferencja ta od początku istnienia ma zasięg ogólnokrajowy i odbywa się pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii i Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. O jej randze świadczy to, że jest to jedyna polska konferencja studencka, w której Radzie Naukowej zasiadają Prezesi ZG w/w towarzystw naukowych i Konsultanci Krajowi w dziedzinach: Fizjoterapii i Rehabilitacji Medycznej. Nadaje to naszej Konferencji najwyższą możliwą krajową rangę i świadczy o docenieniu jego znaczenia jako ważnego przedsięwzięcia na stałe już wpisanego w kalendarz studenckich wydarzeń naukowych.

Od początku istnienia Konferencja ma charakter konkursu studenckich prac oryginalnych, a w bieżącej edycji suma nagród dla zwycięzców osiągnęła wartość prawie 30 000 zł. Było to możliwe dzięki wsparciu organizacji studenckich, a przede wszystkim Studenckiego Towarzystwa Naukowego WUM oraz licznych sponsorów i partnerów, którzy doceniają rangę i poziom organizacji „Wiosny z Fizjoterapią”. Ze względu na znaczną liczbę nadesłanych bardzo dobrych prac oraz ograniczone możliwości czasowe, zdecydowaliśmy się na utworzenie sesji plakatowej. Prezentowane w niej prace będą dostępne przez cały czas trwania Konferencji. W bieżącej edycji zostanie przyznana jedna Nagroda Główna dla najlepszej pracy spośród prezentowanych ustnie oraz plakatów. Przyznane zostaną również nagrody w poszczególnych kategoriach: studiów licencjackich, magisterskich oraz wśród doktorantów i absolwentów – oddzielnie dla prac prezentowanych w sesjach ustnych i w sesji plakatowej. Mamy nadzieję, że w ten sposób docenimy pracę naukową wszystkich studentów.

W imieniu swoim, członków Rady Naukowej oraz Komitetu Organizacyjnego zapraszamy Państwa do wysłuchania tradycyjnych wykładów: Inauguracyjnego, który tym razem będzie poświęcony wykorzystaniu diagnostyki biomechanicznej w fizjoterapii, sporcie i ergonomii oraz Wykładu Eksperta, który przybliży tematykę nowoczesnych technik terapii manualnej. Zapraszamy wreszcie do wysłuchania 18 oryginalnych doniesień naukowych, których autorami są studenci – młodzi naukowcy z całej Polski, a współautorami nierzadko ich mentorzy i nauczyciele. Zapraszamy również do zapoznania się z przedstawianymi plakatami, których wysoka wartość merytoryczna świadczy dobitnie o coraz lepszym rozwoju młodej kadry naukowej w naszym środowisku. Macie Państwo, podobnie jak w roku ubiegłym, unikatową możliwość przyznania „Nagród Uczestników Sympozjum”: jednej dla pracy zaprezentowanej w sesjach ustnych prac oraz jednej dla pracy z Sesji Plakatowej. To wyjątkowa okazja, bo nagrody te całkowicie spoczywają w Waszych rękach i są oryginalnym pomysłem naszej Konferencji.

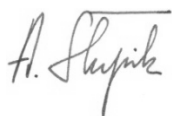
Zapraszamy również wszystkich na ciekawe warsztaty, odbywające się w sobotę – w tym roku jest ich aż **osiemnaście**, a ich tematyka jest bardzo szeroka.

Życzymy wszystkim Uczestnikom Konferencji twórczego spędzenia czasu oraz wielu towarzyskich sukcesów i owocnych dyskusji.

Zapraszamy również na kolejne wiosenne spotkanie w Warszawie w 2017 r., a przede wszystkim namawiamy do czynnego w nim udziału i zachęcamy do kierowania się maksymą znanego prozaika i wizjonera nauki sir Arthura Charlesa Clarke’a:

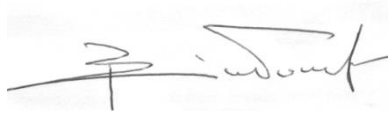
„Jeśli starszawy, uznany naukowiec mówi, że coś jest możliwe, niemal z pewnością ma rację, lecz jeśli mówi, że to jest niemożliwe, najprawdopodobniej się myli.”

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego



dr n. o zdr. Anna Słupik

Przewodniczący Rady Naukowej



dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski

PROGRAM SZCZEGÓŁOWY

8.00 - 9.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

9.00 - 9.20 PRZEMÓWIENIA ZAPROSZONYCH GOŚCI I OTWARCIE SYMPOZJUM

9.20 - 9.30 *Dziesięć Wiosen – czy to dużo? Jubileusz Ogólnopolskiego Sympozjum Studenckiego Wiosna z Fizjoterapią* - dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski

9.30 - 10.00 WYKŁAD INAUGURACYJNY – „*Biomechanika dla praktyka*”
prof. nadzw. dr hab. Andrzej Mastalerz - Rektor AWF w Warszawie

10.00 - 11.30 SESJA I – Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji
(moduły 10-minutowe: 7-minutowa prezentacja i 3-minutowa dyskusja)

1. Elektromiograficzna analiza zmian aktywności bioelektrycznej mięśni prostowników grzbietu po zastosowaniu aplikacji plastrów Kinesiology Taping oraz Cross Taping u kobiet po porodzie – randomizowane doniesienie wstępne z grupą placebo
Gabriela Bidzińska, Piotr Tkocz, Tomasz Matusz, Małgorzata Pasternok, Joanna Rajfur, Katarzyna Rajfur, Kuba Ptaszkowski, Lucyna Słupska, Robert Dymarek, Jakub Taradaj; Opole
2. Analiza porównawcza wpływu autorozluźniania mięśniowo-powięziowego rollerem Blackroll i stretchingu statycznego na poziom rozluźnienia mięśnia prostego uda. Randomizowane doniesienie wstępne
Piotr Tkocz, Tomasz Matusz, Gabriela Bidzińska, Katarzyna Rajfur, Joanna Rajfur, Małgorzata Pasternok, Lucyna Słupska, Kuba Ptaszkowski, Robert Dymarek, Beata Fras-Łabanc, Jakub Taradaj; Opole
3. Wpływ trakcji, kompresji, ćwiczeń w otwartym i zamkniętym łańcuchu kinematycznym na poziom czucia głębokiego
Sylwia Stiler, Sylwia Stiler, Szymon Wyszynski, Piotr Federowicz, Joanna Piotrkowicz; Katowice
4. Porównanie skuteczności leczenia zespołu cieśni nadgarstka za pomocą fali uderzeniowej oraz terapii manualnej
Janusz Kocjan; Katowice
5. Wpływ treningu wibracyjnego na równowagę pacjentów z wrodzoną łamliwością kości w procesie leczenia
Marta Zaorska; Warszawa
6. Wpływ treningu personalnego na stan psychomotoryczny pacjentów cierpiących na zapalne choroby reumatyczne
Marta Majorczyk; Kraków
7. Wpływ treningu wytrzymałości siłowej w formie obwodowej na jakość życia kobiet z bólami kręgosłupa
Hanna Szlachcikowska; Warszawa
8. Ruchy klatki piersiowej podczas oddychania u pacjentów po udarze mózgu
Marianna Jarocka, Agnieszka Stępień, Maciej Krawczyk; Warszawa
9. Ludoterapia jako narzędzie rekreacji i rehabilitacji
Marta Lewandowska; Warszawa

11.30 - 12.15 Przerwa na lunch

12.15 - 13.45 SESJA II – Tematy wolne

(moduły 10-minutowe: 7-minutowa prezentacja i 3-minutowa dyskusja)

1. Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjentów, którzy doznali upadku
Anna Kindykiewicz, Grzegorz Lenik, Kaja Makaruk, Ewelina Połomska; Kraków
2. Ocena programów usprawniania przygotowanych dla osób po 80. roku życia
Monika Michałek; Kraków
3. Ocena ryzyka upadku pacjentów w starszym wieku żyjącym w różnym środowisku w kontekście pracy fizjoterapeuty
Katarzyna Cieślík, Adrianna Udziela, Katarzyna Tereba; Kraków
4. Wpływ aktywności fizycznej kobiet w ciąży na poziom występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa
Ewelina Grabska; Katowice
5. Rozważania - sześciolatek w szkole czy w przedszkolu a postawa ciała
Magdalena Mikołajczyk, Klaudyna Szczęsna; Katowice
6. Głębokość kifozy piersiowej a czas spędzony w pozycji siedzącej
Klaudyna Szczęsna, Magdalena Mikołajczyk; Katowice
7. Ból obręczy miednicznej - fenomen skandynawski czy powszechna dolegliwość?
Małgorzata Starzec; Warszawa
8. Porównanie skuteczności fizjoterapii pacjentów z Zespołem Rowka Nerwu Łokciowego leczonych operacyjnie lub zachowawczo
Krzysztof Jamka, Katarzyna Kubasiak; Kraków
9. Kinezjofoobia (strach przed ruchem) i jej związek z poziomem aktywności fizycznej i jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia
Janusz Kocjan; Katowice

13.45 - 14.30 WYKŁAD EKSPERTA – „Funkcjonalna Terapia Manualna jako spójny i kompletny system terapeutyczny” - mgr Paweł Laskowski

**14.30 - 15.15 ROZDANIE NAGRÓD LAUREATOM, LOSOWANIE ANKIET I UROCZYSTE
ZAMKNIĘCIE SYMPOZJUM**

SESJA PLAKATOWA

10.30 - 13.00 Oceny Komisji Konkursowej Sesji

1. Skuteczność stosowania aplikacji Kinesiology Taping na blizny przerostowe i keloidy u dzieci
Justyna Pogorzelska; Kielce
2. Samoocena estetyki tułowia u dzieci i młodzieży ze skoliozą idiopatyczną
Maciej Lendzion, Ewa Łukaszewicz, Jakub Waś, Dariusz Czaprowski; Warszawa
3. Badanie krzywizn strzałkowych kręgosłupa nie pozawala na zróżnicowanie dzieci pod kątem występowania hipermobilności stawowej
Monika Maletka, Kinga Czochra, Marta Gramowska, Elżbieta Kozłowska, Joanna Riabczenko, Kamil Riabczenko, Dariusz Czaprowski
4. Wpływ komendy „wyprostuj się” na krzywizny strzałkowe kręgosłupa u dzieci z oraz bez hipermobilności stawowej
Dominik Sitarski, Paulina Ewertowska, Justyna Błoda, Aleksandra Kolwicz-Gańko, Dariusz Czaprowski; Olsztyn
5. Wpływ stopy płasko-koślawej na biomechaniczne parametry przestrzenne w trakcie chodu u dzieci w wieku 6-8 lat
Justyna Gacman, Jolanta Stębowska, Anna Boryczka, Małgorzata Łukowicz; Warszawa
6. Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej a występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa
Ewelina Grabska; Katowice
7. Ból kręgosłupa wśród pracowników biurowych
Lawia Szkoda, Kinga Mikita; Katowice
8. Ocena zmian aktywności bioelektrycznej mięśni spastycznych kończyn dolnych po zastosowaniu elektrostymulacji TENS – opis przypadku
Tomasz Matusz, Piotr Tkocz, Gabriela Bidzińska, Katarzyna Rajfur, Lucyna Słupska, Joanna Rajfur, Małgorzata Pasternok, Kuba Ptaszkowski, Anna Kumala, Jakub Taradaj; Opole
9. Dysfunkcje wybranych mięśni stawów biodrowego i kolanowego wpływające na dolegliwości bólowe osób o różnej aktywności fizycznej
Maciej Kopa, Mateusz Kowalski, Patryk Kołodziejczyk, Jolanta Kowalik, Klaudia Grabowska, Miłosz Parchimowicz, Anna Lubkowska; Szczecin
10. Wpływ łagodnych zaburzeń poznawczych na sprawność funkcjonalną u osób starszych
Jakub Rajtar-Zembaty, Agnieszka Stopa, Anna Rajtar-Zembaty, Paulina Aleksander-Szymanowicz; Kraków
11. Ocena sprawności osób starszych objętych opieką instytucjonalną
Marcin Grzegorzek, Maria Siwadło, Karolina Czerwińska, Mateusz Grzesiuk; Kraków
12. Sytuacja zawodowa chorych na stwardnienie rozsiane w zależności od typu klinicznego choroby
Magdalena Łuniewska, Maciej Ratajczyk, Aleksandra Żywica, Karolina Komornicka, Wojciech Garczyński; Szczecin

13. Wybrane zabiegi fizykalne i aktywność ruchowa w terapii chorych na stwardnienie rozsiane
Kinga Mikita, Lawia Szkoda; Katowice
14. Czynniki utrudniające życie seksualne mężczyzn po uszkodzeniu rdzenia kręgowego
Monika Rozmysłowicz; Warszawa
15. Wpływ treningu marszowego w warunkach domowych na dystans chowania przestankowego u osób po zabiegach wewnątrznaczyniowych
Maciej Kostewicz; Warszawa
16. Zaburzenia w obrębie narządu żucia a występowanie bruksizmu
Beata Palewicz, Monika Urbańska; Gdańsk
17. Interdyscyplinarna współpraca pielęgniarek i fizjoterapeutów
Daria Kołomańska, Aleksandra Lasoń, Mateusz Kubarek; Kraków
18. Ocena składowej pionowej sił reakcji podłoża w czasie skoków u pacjentów po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego
Łukasz Sikorski, Iza Łochańska, Barbara Szulc; Wrocław
19. Ocena zachowań zdrowotnych zawodników uprawiających Amp Futbol i rugby na wózkach
Aleksandra Śliżewska; Warszawa
20. Czy aplikacja teleinformatyczna Goniometr v.1.0 może być przydatna do oceny zakresu ruchomości lub może być przydatna w pracy fizjoterapeuty
Sylwia Stiler, Szymon Wyszyński, Piotr Federowicz, Joanna Piotrkowicz; Katowice
21. Aplikacja Goniometr v 1.0. jako alternatywa dla goniometru tradycyjnego
Sylwia Stiler, Szymon Wyszyński, Piotr Federowicz, Joanna Piotrkowicz; Katowice
22. Badanie zakresu ruchu stawu biodrowego przy użyciu autorskiej aplikacji Goniometr v 1.0 u pacjentów z bólem kręgosłupa
Sylwia Stiler, Szymon Wyszyński, Piotr Federowicz, Joanna Piotrkowicz; Katowice
23. Trening aerobowy jako bezpieczna i skuteczna metoda rehabilitacji pacjentów przewlekle hemodializowanych – przegląd piśmiennictwa
Katarzyna Kubasiak, Krzysztof Jamka, Klaudia Garbacz; Kraków

WYKŁAD INAUGURACYJNY

prof. nadzw. dr hab. Andrzej Mastalerz

„Biomechanika dla praktyka”

Biomechanika jest nauką wykorzystującą zasady mechaniki do opisywania ruchu organizmów żywych. Źródłostów terminu „biomechanika” wywodzi się od greckiego „mechane”, czyli narzędzie zaś przedrostek „bio” (gr. bios – życie) wskazuje, iż jest to dyscyplina naukowa zajmująca się organizmami żywymi. Początki współczesnej biomechaniki sięgają drugiej połowy XIX wieku. Od pierwszych badań ruchu człowieka, podjętych dzięki fotografii i kinematografii, biomechanika rozwija się dzięki nowym metodom doświadczalnym i teoretycznym. Dzięki badania biomechanicznym poznajemy także lepiej zjawiska związane z rozwojem profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji.

Bogactwo ruchów ludzkich wynika ze złożonego współdziałania czynników biomechanicznych i neurologicznych. Czynniki biomechaniczne obejmują kinematykę i dynamikę układu mięśniowo-szkieletowego, podczas gdy czynniki neurologiczne obejmują integrację sensomotoryczną realizowaną przez centralny układ nerwowy. Badanie tych czynników jest warunkiem koniecznym do zrozumienia ruchu człowieka. Współcześnie każde miejsce, w którym człowiek pracuje składa się zawsze z dwóch rodzajów elementów: ludzkiego i technicznego. Aby mogły one ze sobą współpracować w sposób optymalny, każdy z nich powinien wypełniać odpowiednie zadania i funkcje. Dla przykładu, w ciągu ostatnich dwóch dekad w ergonomii nastąpiła fundamentalna zmiana sposobu postrzegania pozycji siedzącej. W świetle wyników licznych badań zaprzestano poszukiwania jednej idealnej „ergonomicznej” pozycji ciała, a zaczęto postulować konieczność częstych jej zmian. Aby wypełniać zadania, które są stawiane przed biomechaniką w badaniach biomechanicznych wykorzystuje się metody teoretyczne (modelowanie matematyczne i symulację komputerową), doświadczalne (pomiar sił, położeń, przemieszczeń i odkształceń) oraz z metody typowe dla medycyny (elektromiografię).

Obszar badań i zastosowań biomechaniki stale się rozszerza. Świadczy o tym nie tylko rosnąca liczba publikacji związanych z tą dziedziną, ale także ośrodków, w których są realizowane projekty związane z biomechaniką.

WYKŁAD EKSPERTA

mgr Paweł Laskowski

„Funkcjonalna Terapia Manualna jako spójny i kompletny system terapeutyczny”

Funkcjonalna Terapia Manualna to kompletny system terapeutyczny, który został stworzony przez Gregga Johnson'a ucznia, a następnie współpracownika M.Kontt (współtwórczyni PNF). G. Johnson, po wieloletnim okresie współpracy z M. Knott skupił się na poznaniu różnych szkół terapii manualnej w celu głębszego rozumienia dysfunkcji, a co za tym idzie bardziej efektywnego usprawniania pacjentów. G. Johnson był również jednym z pionierów technik powięziowych w USA. Głównym celem systemu tworzonego przez G.Johnsona było skupienie się na funkcji i jej ocenie. Efektem tego działania było wprowadzenie terminu funkcji optymalnej oraz testów funkcjonalnych. Testy funkcjonalne poszerzają zestaw narzędzi terapeutycznych pomagających oceniać jakość funkcji, a co za tym idzie pomagają terapeutom w efektywnej analizie procesu terapeutycznego.

Funkcjonalna Terapia Manualna FMT- Functional Manual Therapy™ to spójny system łączący leczenie mechaniki stawów, ruchomości tkanek miękkich, mobilności struktur nerwowo-krwionośnych, a także ruchomości-plastyczności trzewi z manualną reedukacją nerwowo-mięśniową (PNF). Celem usprawniania i przybliżania funkcji ruchowych człowieka jest zbliżenie do funkcji i ruchu optymalnego.

Ruch optymalny to ruch który jest najbardziej wydajny i przyjazny (najmniej obciążający) dla narządu ruchu.

Metoda FMT™ opiera się na ewaluacji poprzez obserwację systemu i jego ruchu, palpacji dla oceny stanu tkanek pozwalających na usprawnianie dysfunkcji mechanicznej. Następnie poprzez ocenę przyłożonego oporu określamy dysfunkcje kontroli nerwowo-mięśniowej oraz dysfunkcje kontroli ruchu.

- Dysfunkcja mechaniczna to taka, która dotyczy zaburzeń ruchomości tkanek miękkich jak skóra i powięź, mięśni z ich ograniczoną grą mięśniową, stawów z ich ograniczeniem albo nadruchomością, mobilności układu nerwowo-naczyniowego oraz mobilności trzewi. Optymalna ruchomość tkanek jest uzyskiwana poprzez mobilizacje specyficznej tkanki. Metoda FMT™ ewaluuje i usprawnia tkanki warstwowo od warstw powierzchownych do głębokich. Tak więc rozpoczynając od skóry i powięzi, poprzez zarysy-kontury kości gdzie przyczepiają się wszystkie tkanki miękkie, do mięśni których mobilność i gra ruchowa jest kluczem do ich funkcji. Po usprawnieniu tkanek miękkich usprawniane są stawy, a także ewaluuje się mobilność struktur nerwowo-krążeniowych oraz trzewi.
- Dysfunkcja kontroli nerwowo-mięśniowej dotyczy zaburzeń optymalnej inicjacji skurczy danych mięśni i grup mięśniowych, ich siły i wytrzymałości. Narzędziem do ewaluacji i usprawniania jest wyżej wymienionych aspektów funkcjonowania mięśni jest metoda PNF.
- Dysfunkcja kontroli ruchu dotyczy zaburzeń efektywnego wykorzystywania komponentów dostępnej ruchomości stawów i tkanek oraz kontroli nerwowo-mięśniowej, których celem jest przyjmowanie optymalnej postawy oraz optymalizacja wykonywania zadań ruchowych. Podstawą jest tutaj, aby aktywacja mięśni tonicznych wyprzedzała aktywację mięśni fazowych w ten sposób, aby przygotowywała system do obciążenia zapewniając mu optymalny, bez stresowy ruch.

Podczas wykładu podjęta zostanie próba odpowiedzi na pytanie czy testy funkcjonalne używane w FTM mogą być efektywnym narzędziem oceny procesu usprawniania, a co za tym idzie wpływać na jego jakość, a więcej informacji o systemie można znaleźć na stronie www.ipa-poland.eu.

TEMATYKA WARSZTATÓW

SOBOTA – 23 kwietnia 2016

Serdecznie zapraszamy na wykład inauguracyjny sobotnie warsztaty

Torsten Liem

**„New insights into fascial relations and functional importance of the Dura Mater
in the high cervical region and its application in Osteopathy”**

Godzina: 8.30 - 10.00

Centrum Biblioteczno-Informacyjne WUM

Ul. Żwirki i Wigury 63, sala 23, parter

Wstęp wolny

Wszystkie warsztaty praktyczne odbywają się w Zakładzie Rehabilitacji
w Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnym WUM

ul. Trojdena 2c

Warunkiem uczestnictwa w warsztacie jest dodatkowe potwierdzenie na stanowisku rejestracyjnym w piątek, do godziny 12.15. Po tym czasie, aplikacja internetowa do zapisów będzie ponownie uruchomiona (www.wiosnazfizjowum.pl). W godzinach 12.15 – 15.00 będą mogły się zarejestrować osoby, które wcześniej nie dostały się na wybrany warsztat lub nie rejestrowały się wcale (2 tura zapisów). Warunkiem zapisania się na warsztaty są wolne miejsca. Kwalifikacja na warsztaty zostanie wysłana na maila około godziny 18.00.

1. Temat: Badanie fizjoterapeutyczne pacjenta zgodne z wytycznymi ICF

Prowadzący: Aleksander Lizak

Godz.: 12.30 – 14.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.26 A

Na warsztacie zostanie przedstawiony sposób badania fizjoterapeutycznego i dokumentacji z wykorzystaniem ICF (International Classification of Functioning Disability and Health). Dokładnie przeanalizowana zostanie aktywność przejścia z siadu do stania z wszystkimi możliwymi przyczynami tego ograniczenia. Poruszone zostaną tematy testów i dokumentacji.

2. Temat: Intensywna fizjoterapia po uszkodzeniu mózgu u dorosłych chorych

Prowadzący: dr hab. Maciej Krawczyk

Godz.: 17.00 – 18.30

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.26 A

W czasie warsztatu prowadzący wykona 45-minutową demonstrację pracy z pacjentem po udarze mózgu, a w czasie kolejnych 45 minut dokona analizy najważniejszych elementów zawartych w leczeniu. Istotą warsztatów jest przedstawienie nowoczesnego podejścia do fizjoterapii chorych z niedowładem połowicznym, którego podstawowymi elementami są jednoczesna stymulacja wszystkich segmentów ciała pacjenta i praca w wysokich pozycjach ciała.

3. Temat: Badanie różnicowe kręgosłupa lędźwiowego, stawu biodrowego i stawów krzyżowo-biodrowych

Prowadzący: mgr Ernest Wiśniewski

Godz.: 9.00 – 10.30

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.26 A

Bóle krzyża, czyli objawy bólowe zlokalizowane w obszarze lędźwiowo-krzyżowym mogą mieć różną lokalizację zarówno pod względem regionu, jak i zajętych struktur i mogą dotyczyć: struktur stawowo-więzadłowo-mięśniowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa, struktur nerwowych, ale również stawów krzyżowo-biodrowych i stawu biodrowego. W trakcie warsztatu zostanie przedstawione modelowe badanie funkcjonalne różnicujące objawy w zależności od regionu i struktury na podstawie interpretacji zachowania się objawów w wywiadzie i w trakcie analizy ruchu.

4. Temat: Zastosowanie Kinesiotapingu w profilaktyce i po urazach stawu skokowego

Prowadzący: mgr Agnieszka Wierciak

Godz.: 8.30 – 10.00

Miejsce: Sala terapii manualnej 2.11 A

Na warsztacie zostanie przedstawione zarówno praktyczne zastosowanie aplikacji kinesiotapingu na staw skokowy po urazach, jak i techniki profilaktyczne. Techniki mają zastosowanie w sporcie amatorskim, jak i profesjonalnym.

5. Temat: Znaczenie stymulacji mięśni tułowia u dzieci wg metody PNF na podstawie wybranych przykładów

Prowadzący: dr Agnieszka Stępień

Godz.: 9.00 – 11.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.24 A

Celem warsztatów jest zapoznanie uczestników z możliwościami wykorzystania metody PNF w procesie fizjoterapii dzieci z wybranymi dysfunkcjami narządu ruchu i układu nerwowego. Planowane jest omówienie przykładów zastosowania procedur fizjoterapeutycznych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, rdzeniowym zanikiem mięśni i skoliozą. Każda z wymienionych jednostek chorobowych / zespołów charakteryzuje się innymi objawami i wymaga odmiennego postępowania. Warsztaty będą miały charakter praktyczny – zademonstrowane zostaną typowe zaburzenia ruchowe obserwowane u dzieci z określoną diagnozą oraz wzorce, techniki i zasady główne koncepcji PNF, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów. Omówione zostaną także typowe wskazania i przeciwwskazania w procesie fizjoterapii. Podstawą programów usprawniania ruchowego dzieci jest trening kontroli posturalnej, w którym wykorzystuje się stymulację mięśni tułowia. Prawidłowa funkcja mięśni tułowia jest niezbędna podczas zmian pozycji ciała, utrzymywania pozycji, wykonywania ruchów kończyn górnych i w trakcie chodu. Stymulację wybranych mięśni prowadzi się w sposób bezpośredni lub pośredni, wykorzystując wiedzę o synergii mięśniowych i możliwościach pobudzenia odległych mięśni w łańcuchach mięśniowych (irradiacja). Terapia odbywa się różnych pozycjach wyjściowych, a każda z nich stwarza inne możliwości do treningu mięśni w różnych ustawieniach kątowych w stawach. Wskazanie punktów kluczowych dla osiągnięcia lub poprawy określonej aktywności ruchowej wymaga wnikliwej diagnostyki funkcjonalnej. Ważna jest także ocena efektywności stosowanych procedur. W trakcie warsztatów omówione zostaną podstawowe zasady pracy i mechaniki ciała fizjoterapeuty w różnych pozycjach. Uczestnicy będą mieć szansę podnieść swoje praktyczne umiejętności i uzyskać indywidualne wskazówki od instruktora.

6. Temat: Badanie stawu kolanowego i jego interpretacja

Prowadzący: mgr Joanna Jaczewska

Godz.: 11.00 – 12.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.26 A

W trakcie warsztatu zaprezentowane zostanie szczegółowe badanie podmiotowe i przedmiotowe stawu kolanowego w praktyce, testy funkcjonalne, anatomia palpacyjna oraz rozumowanie kliniczne prowadzące do konkretnej interwencji fizjoterapeutycznej. Dodatkowo prowadząca warsztat przedstawi zdjęcia radiologiczne z najczęstszymi patologiami w obrębie stawu kolanowego i pokaże uczestnikom jak je interpretować.

7. Temat: Żywa Anatomia

Prowadzący: dr Dawid Dziedzic

Godz.: 9.30 – 15.30

Miejsce: Sala masażu 2.15 A

Na warsztacie zaprezentowana zostanie anatomia palpacyjna wybranych punktów kostnych, więzadeł, mięśni, nerwów i naczyń kończyny górnej i tułowia.

8. Temat: Podstawy FDM

Prowadzący: mgr Anna Mosiołek

Godz.: 14.00 – 16.00

Miejsce: Sala terapii manualnej 2.11 A

Koncepcja FDM definiuje sześć zmian patologicznych w obrębie powięzi. Według tej koncepcji każdy uraz układu mięśniowo-szkieletowego składa się z jednej lub kilku zmian patologicznych tkanki łącznej (powięzi, więzadeł, ścięgien). Celem warsztatu jest omówienie zniekształceń powięzi wg Typaldosa. Uczestnicy będą mieli również możliwość praktycznego wykonania na sobie wybranych technik wykorzystywanych w leczeniu dysfunkcji powięzi.

9. Temat: Zaburzenia chodu w MPD - podejście fizjoterapeuty i ortotyka

Prowadzący: mgr Beata Wnuk, mgr Krzysztof Krasowicz

Godz.: 9.00 – 13.00

Miejsce: Sala kinezyterapii 1.03 A

Na warsztacie zostanie poruszonych kilka najważniejszych kwestii:

- ocena zaburzeń chodu;
- klasyfikacja wzorców chodu,
- terapia wg koncepcji PNF i NDT Bobath,
- dobór zaopatrzenia ortotycznego.

10. Temat: Odnowa biologiczna po treningu

Prowadzący: mgr Kinga Kłaś-Pupar

Godz.: 16.00 – 20.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.79

Warsztat składa się z 2 części, każda po 2h:

1 część: Trening funkcjonalny - skoczność i zwinność w sztukach walki.

2 część: Odnowa psychosomatyczna po treningu skocznościowo-zwinnościowym w sztukach walki.

11. Temat: Pilates

Prowadzący: mgr Anna Sobianek

Godz.: 10.30 – 12.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.79

Pilates to system ćwiczeń fizycznych, który powstał na początku XX wieku. Josef Pilates opracował ten system ćwiczeń, mając na celu rozciągnięcie i uelastycznienie wszystkich mięśni ciała. System pilates to połączenie jogi, baletu i ćwiczeń izometrycznych. Według założeń Pilatesa, metoda ta przyczyniać się ma do: wzmocnienia mięśni bez ich nadmiernego rozbudowania, odciążenia kręgosłupa, poprawy postawy, uelastycznienia ciała, obniżenia poziomu stresu oraz ogólnej poprawy zdrowia osób ćwiczących. Pilates znajduje swoje zastosowanie również w fizjoterapii, szczególnie polecany dla pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

12. Temat: Zawód fizjoterapeuta - jak osiągnąć sukces osobisty, zawodowy i biznesowy

Prowadzący: dr Tomasz Chomiuk

Godz.: 13.00 – 14.30

Miejsce: Sala seminaryjna 1.20 A

Od czego zacząć – czyli planowanie przyszłości. Jak dbać o własny wizerunek. Komunikacja i aktywne słuchanie. Motywacja własna i pacjenta. Jak zacząć zarabiać. Jakich błędów nie wolno Ci popełniać, tak aby zaoszczędzić czas i pieniądze. Sposoby promocji: co się sprawdza a w co nie warto inwestować.

13. Temat: Kobiety ciężarne

Prowadzący: mgr Anna Mosiołek

Godz.: 11.30 – 13.00

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.24 A

Warsztat ma na celu przybliżenie roli fizjoterapeuty w pracy z kobietami w ciąży.

Przedstawione zostaną wybrane zagadnienia, m. in.:

- praca indywidualna z kobietami w ciąży,
- rola fizjoterapeuty w szkole rodzenia,
- aktywność ruchowa kobiet w ciąży.

14. Temat: Athletic 1080

Prowadzący: Przemysław Kram

Godz.: 13.30 – 15.30

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.24 A

Ocena ruchu 1080 (MAP 1080), jest to system testów odzwierciedlających czynniki fizyczne określające wydajność funkcjonalną organizmu oraz umożliwiający zaprojektowanie skutecznych programów rehabilitacji i treningu.

15. Temat: Czego pacjenci powinni dowiedzieć się od fizjoterapeuty w zakresie ergonomii?

Prowadzący: dr Tomasz Chomiuk

Godz.: 15.00 – 16.30

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.26 A

Co to jest ergonomia i dlaczego jest coraz ważniejsza? Schorzenia powiązane z pracą. Ergonomia w życiu codziennym i w pracy. Nowoczesne rozwiązania ergonomiczne. Jak i po co edukować pacjentów?

16. Temat: Zasady zastosowania osteopatii w praktyce

Prowadzący: Torsten Liem

Godz.: 10.30 – 13.30

Miejsce: Sala terapii manualnej 2.11 A

New insights into fascial relations and functional importance of the Dura Mater in the high cervical region and its application in OMT. The anatomy of the spinal Dura Mater in the upper cervical region is complex, deviates significantly from that in other spinal regions, and is clinically significant. These aspects will be outlined and discussed in the proposed workshop, considering the anatomical relationships of the spinal Dura Mater from a functional perspective, discussing their clinical significance, and integrating views on possible manual therapy interventions. The workshop is based on more recent findings in the field as referenced from various research articles as well as several articles and books on the topic, published by the presenter. Specifically, participants will acquire knowledge on anatomical and functional relationships of the Dura Mater in the upper cervical region, relevant bony, ligamentous, muscular, fascial, neural, and vascular relationships are shown and discussed, and palpatory approaches to the above structures are shown for their evaluation and potential treatment.

17. Temat: Trening mięśni brzucha oraz mobilizacja przepony pod kontrolą USG

Prowadzący: Tomasz Zubala

Godz.: 16.00 – 17.30

Miejsce: Sala gimnastyczna 2.24 A

Celem warsztatu jest przedstawienie treningu mięśni brzucha z wykorzystaniem USG. Przedstawiona będzie ultrasonografia czynnościowa umożliwiającą dokonanie dokładniejszej oceny funkcjonalnej oraz obiektywnej oceny postępów terapii. USG pozwala na precyzyjniejszą naukę wykonywania ćwiczeń oraz zrozumienie ich działania. Warsztat pozwala zrozumieć czynność mięśni brzucha w praktyce. Podczas warsztatu będziemy obserwować ruch przepony, a także proste sposoby na jej mobilizację pod kontrolą usg.

18. Temat: Czy istnieją sposoby analizy efektywności funkcji pacjenta? Jak i po co oceniać funkcję?

Prowadzący: mgr Paweł Laskowski

Godz.: 13.30 – 15.30

Miejsce: Sala kinezyterapii 1.03 A

Warsztat przedstawiać będzie podstawowe założenia systemu Funkcjonalnej Terapii Manualnej, który został stworzony w 1978 roku przez G.Johnson'a. G.Johnson przez wiele lat współpracował z M.Knott (PNF) i oparł swój system korzystając z jej wiedzy i doświadczenia, a następnie twórczo go rozbudował wykorzystując wiele elementów z innych metod tj. Cyriax, Kaltenborna, technik osteopatycznych, Feldenkraisa, Rolfingu i in. Podczas warsztatu odpowiemy na pytanie: Czy testy funkcjonalne opracowane i używane w systemie Funkcjonalnej Terapii Manualnej są efektywnym narzędziem podnoszącym jakość i efektywność zintegrowanego procesu terapeutycznego?

SESJA I

Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji

Moderatorzy:

dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski – Przewodniczący

dr n. o k. f. Grażyna Brzuszkiewicz-Kuźmicka

dr n. med. Piotr Tederko

1.

Gabriela Bidzińska, Piotr Tkocz, Tomasz Matusz, Małgorzata Pasternok, Joanna Rajfur, Katarzyna Rajfur, Kuba Ptaszkowski, Lucyna Słupska, Robert Dymarek, Jakub Taradaj

ELEKTROMIOGRAFICZNA ANALIZA ZMIAN AKTYWNOŚCI BIOELEKTRYCZNEJ MIĘŚNI PROSTOWNIKÓW GRZBIETU PO ZASTOSOWANIU APLIKACJI PŁASTRÓW KINESIOLOGY TAPING ORAZ CROSS TAPING U KOBIET PO PORODZIE – RANDOMIZOWANE DONIESIENIE WSTĘPNE Z GRUPĄ PLACEBO

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii Klinicznej, Studenckie Koło Naukowe Biofizyki i Medycyny Fizykalnej
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Opiekunowie SKN, opiekunowie pracy: dr Małgorzata Pasternok, dr Joanna Rajfur

Wstęp i cel pracy: Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa stanowią istotny problem społeczny. Niezwykle dużą grupę pacjentów z tego typu problemem stanowią kobiety ciężarne. Badania wykazują, iż po upływie 6 miesięcy od porodu nawet 80% przebadanych kobiet nadal zgłasza występowanie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa.

Celem pracy była próba oceny skuteczności działania plastrów Kinesiology Tape oraz Cross Tape na obniżenie spoczynkowej aktywności bioelektrycznej mięśni przykręgosłupowych oraz zmianę poziomu nasilenia dolegliwości bólowych u kobiet po porodzie.

Materiał i metody: Do badań zakwalifikowano 60 kobiet w pierwszej dobie po porodzie. Pacjentki randomizowano do czterech grup porównawczych. Pacjentkom z grupy A zaaplikowano plaster Kinesiology Taping. U pacjentek z grupy B zastosowano aplikację placebo do plastrów Kinesiology Taping. W grupie C pacjentkom przyklejono plastry Cross Tape, natomiast grupa D stanowiła grupę kontrolną dla grupy C. U wszystkich badanych dokonano oceny stopnia nasilenia dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa za pomocą skali VAS oraz rejestracji zmian spoczynkowej aktywności bioelektrycznej przy pomocy elektromiografu powierzchniowego Neuro Trac ETS.

Wyniki: Po usunięciu aplikacji u pacjentek z grupy A zaobserwowano istotne statystyczne zmniejszenie spoczynkowej aktywności bioelektrycznej mięśni, zarówno po stronie prawej, jak i lewej ($p = 0,0052$ oraz $p = 0,0054$). We wszystkich grupach odnotowano istotną statystycznie reedukację nasilenia dolegliwości bólowych ($p = 0,0037$, $p = 0,0010$, $p = 0,0010$ oraz $p = 0,0012$).

Wnioski: Aplikacja plastrów Kinesiology Taping jest skuteczną metodą, która może być stosowana w celu zmniejszenia spoczynkowej aktywności bioelektrycznej mięśni oraz redukcji nasilenia dolegliwości bólowych u kobiet po porodzie. Stosowanie innych metod terapeutycznych również może przyczynić się do zmniejszenia odczuwania bólu przez pacjentki.

2.

Piotr Tkocz, Tomasz Matusz, Gabriela Bidzińska, Katarzyna Rajfur, Joanna Rajfur, Małgorzata Pasternok, Lucyna Słupska, Kuba Ptaszkowski, Robert Dymarek, Beata Fras-Łabanc, Jakub Taradaj

ANALIZA PORÓWNAWCZA WPŁYWU AUTOROZLUŻNIANIA MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWEGO ROLLEREM BLACKROLL I STRETCHINGU STATYCZNEGO NA POZIOM ROZLUŻNIENIA MIĘŚNIA PROSTEGO UDA. RANDOMIZOWANE DONIESIENIE WSTĘPNE

Studenckie Koło Naukowe Biofizyki i Medycyny Fizykalnej

Opiekun SKN: mgr Katarzyna Rajfur

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii Klinicznej

Opiekun SKN: dr Joanna Rajfur

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Opiekun pracy: dr hab Jakub Taradaj, prof. nadzw.

Wstęp i cel pracy: Autorozluźnianie mięśniowo-powięziowe za pomocą piankowego rollera jest jedną z technik stosowanych coraz częściej w terapii manualnej. Mimo wciąż niedostatecznej liczby doniesień naukowych atutem danego rozluźniania jest szerokie spektrum działania na organizm człowieka. Celem pracy była analiza zmian aktywności bioelektrycznej mięśnia prostego uda, ruchomości w stawie kolanowym, bolesności potreningowej oraz siły eksplozywnej pod wpływem zastosowanych technik: autorozluźnianie mięśniowo-powięziowe rollerem Blackroll i stretching statyczny.

Materiał i metody: Do badań zakwalifikowano 28 osób, które przydzielono do dwóch grup porównawczych. W grupie I (n=14) zastosowano autorozluźnianie mięśniowo-powięziowe, a w grupie II (n=14) stretching statyczny. W obu grupach oceniono poziom aktywności bioelektrycznej mięśnia za pomocą elektromiografu powierzchniowego, zakres ruchu w stawie kolanowym goniometrem, siłę eksplozywną testem skok w dal z miejsca oraz bolesność potreningową za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS).

Wyniki: Pod wpływem zastosowanych technik odnotowano w grupie I istotne statystycznie zwiększenie zakresu ruchu ($p=0,0117$) oraz redukcję potencjału spoczynkowego mięśnia ($p=0,015$), a w grupie II zwiększenie odległości skoku w dal z miejsca. Jednocześnie w grupie I i II zaobserwowano istotnie niższy poziom bolesności potreningowej ($p=0,0118$; $p=0,018$).

Wnioski: 1. Autorozluźnianie mięśniowo-powięziowe za pomocą rollera może stanowić skuteczny środek wspomagający w terapii z pacjentem.

3.

Sylwia Stiler¹, Szymon Wyszyński², Piotr Federowicz³, Joanna Piotrkowicz⁴

WPŁYW TRAKCJI, KOMPRESJI, ĆWICZEŃ W OTWARTYM I ZAMKNIĘTYM ŁAŃCUCHU KINEMATYCZNYM NA POZIOM CZUCIA GŁĘBOKIEGO

^{2,3,4} Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

¹ Studenckie Koło Naukowe Inżynierii Biomedycznej – InBio, Uniwersytet Śląski

Wstęp i cel pracy: Propriocepcja czyli zmysł czucia głębokiego to zmysł, który pozwala rozpoznać orientację własnego ciała w przestrzeni.

Celem pracy było porównanie wpływu techniki trakcji, kompresji oraz ćwiczeń w zamkniętym i otwartym łańcuchu kinematycznym na poziom czucia głębokiego kończyny niedominującej mierzonego za pomocą elektronicznego goniometru.

Materiał i metody: Badaniom poddano 25 osób w wieku 19-31 lat bez dolegliwości bólowych w obrębie stawu łokciowego kończyny górnej niedominującej. Badanych poddano czterem seriom terapii z zastosowaniem miesięcznego odstępu po każdej z nich. W pierwszym miesiącu każdy z badanych poddany był terapii z wykorzystaniem techniki trakcji, w drugim miesiącu kompresji, w kolejnym ćwiczeniom w łańcuchu zamkniętym i w ostatnim ćwiczeniom w otwartym łańcuchu kinematycznym. Badany znajdował się w pozycji leżenia tyłem, a do pomiaru wykorzystano elektroniczny goniometr. U każdego badanego wykonano pomiar czucia głębokiego przed terapią i po terapii. Badacz ustawiał rękę w pozycjach 30, 60, 90 oraz 120 stopni. Po każdym pomiarze badany trzykrotnie odtwarzał pozycje wskazane przez badacza. Uzyskane wyniki zostały umieszczone w bazie danych, a następnie poddane analizie przy wykorzystaniu programu Statistica 8.

Wyniki: Największą poprawę czucia głębokiego zaobserwowano w przypadku zastosowania terapii polegającej na ćwiczeniach w łańcuchu zamkniętym, gdzie w pierwszym pomiarze uzyskaną średni wynik po terapii 29,82, w drugim pomiarze 60,52, w kolejnym 92,46 i w ostatnim 120,75. W każdej z badanych grup zaobserwowano również najmniejsze odchylenie standardowe wynoszące średnio 1,72.

Wnioski: Ćwiczenia w łańcuchu zamkniętym lepiej wpływają na poprawę czucia głębokiego niż trakcja kompresja oraz ćwiczenia w łańcuchu kinematycznym otwartym. Wyniki należy porównać z wynikami na kończynie dominującej. Należy wykonać dalsze badania na większej grupie osób.

PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI LECZENIA ZESPOŁU CIEŚNI NADGARSTKA ZA POMOCĄ FALI UDERZENIOWEJ ORAZ TERAPII MANUALNEJ

Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Pomimo iż, zespół cieśni nadgarstka (ZCN) stanowi jedną z najczęściej występujących neuropatii uciskowych kończyny górnej, to wyniki pojedynczych badań dotyczących rezultatów leczenia zachowawczego za pomocą różnych form fizjoterapii nadal pozostają sprzeczne i niejednoznaczne. Celem pracy była ocena skuteczności wybranych metod fizjoterapeutycznych, tj. terapii manualnej oraz fali uderzeniowej zastosowanych w leczeniu pacjentów z zcn.

Materiał i metody: Materiał badawczy obejmuje 64 pacjentów w przedziale wieku 36-64 lat (średni wiek: $46,2 \pm 11,1$) – z klinicznie rozpoznany ZCN, których losowo przydzielono do jednej spośród dwóch badanych grup. Grupę I stanowiło 32 chorych poddanych neuromobilizacji nerwu pośrodkowego połączonej z mobilizacją stawu nadgarstkowego, natomiast Grupa II obejmowała 32 chorych leczonych metodą fali uderzeniowej. W badaniu posłużono się polskimi wersjami kwestionariuszy: BCTQ (The Boston Carpal Tunnel Questionnaire), DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) oraz skalą VAS (Visual Analogue Scale). Pomiaru dokonywano trzykrotnie: przed rozpoczęciem leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu oraz ponownie po 2 miesiącach od jego zakończenia.

Wyniki: Przed rozpoczęciem leczenia grupy nie różniły się statystycznie pod względem punktacji w skalach BCTQ, DASH oraz VAS. Po zastosowaniu danej formy leczenia w każdej z badanych grup odnotowano istotnie statystycznie ($p < 0,05$) lepsze wyniki – w odniesieniu do danych zebranych przed przystąpieniem do terapii. Jednakże grupa pacjentów leczonych falami uderzeniowymi wykazywała istotnie statystycznie lepsze wyniki punktacji bólu i funkcji w porównaniu z grupą w której stosowano zabiegi z zakresu terapii manualnej.

Wnioski: Fala uderzeniowa stanowi skuteczniejszą formę leczenia zcn niż zabiegi z zakresu terapii manualnej, prowadząc do istotnej poprawy funkcji ręki oraz redukcji bólu, jak również, wykazuje lepsze rezultaty długoterminowe.

5.

Marta Zaorska

WPŁYW TRENINGU WIBRACYJNEGO NA RÓWNOWAGĘ PACJENTÓW Z WRODZONĄ ŁAMLIWOŚCIĄ KOŚCI W PROCESIE LECZENIA

SKN SPINE przy IPCZD

Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

Wydział Rehabilitacji AWF Warszawa

Praca wykonana ze środków AWF Warszawa w ramach DS.-221.

Kierownik: dr n. kf. K.Graff

Wstęp i cel pracy: Wrodzona łamliwość kości (OI) jest chorobą genetyczną, która powoduje osłabienie struktury kości i zmniejszenie masy kostnej. Często w okresie późniejszym pogłębiające się ograniczenie aktywności ruchowej na skutek złamań i częstych unieruchomień powodują obniżenie siły mięśniowej, zaniki tkanki mięśniowej oraz nasilanie się zaburzeń równowagi statycznej i dynamicznej.

Celem pracy była ocena równowagi dynamicznej pacjentów z wrodzoną łamliwością kości podczas wychwian przednio-tylnych (AP) i bocznych (ML).

Materiał i metody: Materiał badań stanowiło 51 pacjentów w wieku 10-20 lat leczonych w Klinice Rehabilitacji IP-CZD w latach 2011-2015r. Pacjentów podzielono na 2 podgrupy pod względem zastosowanej terapii: grupa kontrola poddana standardowej fizjoterapii GrF-33 pacjentów oraz grupa badana, którą poddano dodatkowo terapii wibracyjnej GrF+TW - 18 pacjentów.

Ocenę równowagi przeprowadzono na platformie AMTI podczas wychwian przednio-tylnych AP i bocznych ML w czasie 30 sek. testu. W grupie badanej zastosowano trening wibracyjny w postaci rezonansu harmonicznego na platformie Galileo oraz na platformie SRT Zepter Medical w postaci rezonansu stochastycznego.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w stanie wyjściowych w badanych grupach. W grupie kontrolnej w teście wychwian bocznych ML stwierdzono o 11% dłuższą ścieżkę wychyleń ($p=0,008$) oraz szerszą o 12% ścieżkę wychyleń ($p=0,03$). W grupie badanej w teście AP zwiększyła się długość ścieżki o 28% ($p=0,01$) oraz wielkość wychyleń przednio-tylnych o 21% ($p=0,008$). W teście ML zwiększyła się zakres wychyleń bocznych o 31% ($p=0,02$) oraz szerokość ścieżki o 25% ($p=0,02$). Długość ścieżki zwiększyła się o 19% ($p=0,03$).

Wnioski: Badanie równowagi pacjentów z OI jest przydatne w monitorowaniu postępów leczenia. Zastosowany trening wibracyjny przyspiesza powrót funkcji chodu i poprawia zdolności utrzymania równowagi ciała.

6.

Marta Majorczyk

WPŁYW TRENINGU PERSONALNEGO NA STAN PSYCHOMOTORYCZNY PACJENTÓW CIERPIĄCYCH NA ZAPALNE CHOROBY REUMATYCZNE

Zakład Fizjologii Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wstęp i cel pracy: Zapalne choroby reumatyczne (ZChR) charakteryzują się sztywnością i bólem stawów oraz ograniczeniem funkcji, co przekłada się na psychospołeczny dobrostan i niezależność pacjenta. W ostatnich latach coraz częściej w treningu personalnym biorą udział osoby z ZChR. W badaniu, za ZChR uznaje się: reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK). Celem badania była ocena wpływu treningu na stan psychomotoryczny osób z RZS i ZZSK.

Materiał i metody: 42 pacjentów podzielono na dwie grupy: osoby z RZS i osoby z ZZSK. Pacjenci wzięli udział w treningu personalnym trwającym 2 miesiące. Program treningowy obejmował ćwiczenia: wzmacniające, rozciągające, zwiększające ruchomość stawów oraz poprawiające pracę układu krążenia. Przed i po treningu, pacjenci wypełnili kwestionariusze: DAS28 (pacjenci z RZS) i BASDAI (pacjentów z ZZSK), które są zalecane przez EULAR w celu oceny aktywności obu chorób. Ból i stopień sztywności porannej został zbadany za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS) w obu grupach. Ruchomość stawów mierzono dwukrotnie.

Wyniki: Zmiany w BASDAI i DAS28 różniły się istotnie po 2 miesiącach treningu w porównaniu z wartościami wyjściowymi. Skala VAS wykazały zmniejszenie dolegliwości bólowych o 59% ($p < 0,05$) oraz sztywności porannej ($p < 0,05$) w obu grupach. U wszystkich pacjentów zaobserwowano polepszenie funkcjonalne. Ruchomość stawów uległa znaczącej poprawie po treningu u pacjentów z ZZSK ($p < 0,001$) i u chorych na RZS ($p = 0,0511$). Wynik testu palce podłoga wzrosła o 1,9cm ($p = 0,0628$) u pacjentów z ZZSK i o 0,9cm ($p = 0,0514$) u pacjentów z RZS.

Wnioski: Badanie to sugeruje, że zindywidualizowany trening personalny może być pomocny w procesie rehabilitacji osób z RZS lub ZZSK, pod warunkiem, że jest profesjonalnie prowadzony.

WPLYW TRENINGU WYTRZYMAŁOŚCI SIŁOWEJ W FORMIE OBWODOWEJ NA JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z BÓLAMI KRĘGOSŁUPA

Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Ortopedycznej
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Bóle kręgosłupa są poważnym problemem społecznym. Po skutecznej fizjoterapii pacjenta w stanie ostrym występują zazwyczaj nawroty choroby, co generuje dodatkowe koszty leczenia. Znalezienie skutecznej terapii, pozwalającej poprawić jakość życia i zmniejszyć ryzyko nawrotu dolegliwości staje się więc priorytetem. Na rynku dostępnych jest wiele form treningu, ale ich skuteczność nie zawsze poparta jest dowodami naukowymi.

Celem pracy było sprawdzenie, w jaki sposób trening wytrzymałości siłowej w formie obwodowej wpłynie na jakość życia, stopień niepełnosprawności oraz na odczuwanie bólu kręgosłupa.

Materiał i metody: Do grupy badanej włączono 16 kobiet z niespecyficznymi bólami kręgosłupa w wieku 25-69 lat (średni wiek wynosił $52,81 \pm 13,83$ lat), zaś grupę kontrolną stanowiło 31 kobiet deklarujących bóle pleców, w wieku 24-74 lata (średni wiek $43,43 \pm 14,64$ lat), które przez ten sam okres nie podjęły żadnej aktywności fizycznej.

Trening wytrzymałości siłowej grupy badanej odbywał się w formie obwodowej na maszynach hydraulicznych, gdzie opór pokonywany podczas ruchu był wprost proporcjonalny do szybkości ruchu. Przed podjęciem treningu każda uczestniczka badania została zdiagnozowana na podstawie kwestionariusza opracowanego wg badania funkcjonalnego McKenziego.

Kryteria włączenia: przewlekły ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, motywacja do pojęcia treningu.

Kryteria wyłączenia: bóle kręgosłupa w przebiegu poważnych patologii, objawy neurologiczne, przeciwwskazania internistyczne i kardiologiczne do podjęcia treningu wytrzymałości siłowej, wydarzenia losowe uniemożliwiające trening.

Jakość życia kobiet zbadano ankietą SF-36 (wersja punktacji RAND), ocenę nasilenia bólu za pomocą 11-stopniowej skali numerycznej oraz ocenę niepełnosprawności kwestionariuszem bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa – skala niepełnosprawności Rolanda-Morrisa.

Badania zostały powtórzone po trzymiesięcznym treningu i porównane z grupą kontrolną.

Do analizy statystycznej wyników wykorzystano statystyki opisowe, analizę różnic międzygrupowych oraz test kolejności par Wilcozona (różnica między obserwacjami przed i obserwacjami po okresie treningu).

Wyniki: W porównaniu z grupą kontrolną, osoby z bólami kręgosłupa podejmujące trening wytrzymałości siłowej miały istotną statystycznie ($p=0,04$) poprawę jakości życia wykazaną kwestionariuszem SF-36. Szczególną poprawę widać w pytaniach z kategorii Funkcjonowania Fizycznego, ($p=0,006$) i w kategorii Witalność ($p=0,005$). Różnica oceny zmiany jakości życia (HC – health change) pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną była istotna statystycznie ($p=0,02$). Istotnie statystycznie ($p=0,003$) obniżył się w grupie badanej poziom bólu, średnio o 2,12 pkt., oceniany w 11 stopniowej skali numerycznej. Ocena niepełnosprawności w skali Rolanda-Morrisa zmieniła się istotnie statystycznie w grupie badanej (test Wilcozona, $p=0,01$), nie zmieniła się istotnie statystycznie w grupie kontrolnej ($p=0,75$).

Wnioski: 1. Trening wytrzymałości siłowej w formie obwodowej obniża odczuwanie bólu w dolnym odcinku kręgosłupa.
2. Zaobserwowano poprawę oceny jakości życia badanych pod wpływem tego treningu, w porównaniu z grupą kontrolną.
3. Występuje istotne zmniejszenie niepełnosprawności po 3 miesięcznym treningu, w porównaniu do grupy niećwiczącej.

Marianna Jarocka, Agnieszka Stępień, Maciej Krawczyk

RUCHY KLATKI PIERSIOWEJ PODCZAS ODDYCHANIA U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Udar mózgu ma wiele konsekwencji fizycznych i społecznych. Skutkuje przede wszystkim niedowładem jednej połowy ciała, który objawia się także w tułowie; wciąż mało poznany jest wpływ udaru i związanej z nim asymetrii na oddychanie. Celem badania było stwierdzenie, (1) czy ruchy wentylacyjne klatki piersiowej u chorych po udarze są asymetryczne, (2) jak ewentualna asymetria jest związana z deficytem neurologicznym, (3) czy jest ona związana ze spirometrią, oraz (4) czy da się ją wykryć w prostym badaniu klinicznym.

Materiał i metody: Badaniu poddano 42 kolejno przyjmowanych pacjentów, którzy przeszli pierwszy udar. Mierzono amplitudy liniowych ruchów ich klatki piersiowej po obydwu stronach ciała. Niezależnie poddano ich także palpacyjnemu badaniu klinicznemu. Pacjenci zostali też poddani próbie spirometrycznej. Zebrano dane dotyczące deficytu neurologicznego wg skal RMA i TIS, a ponadto: strony udaru, wieku, masy ciała i wzrostu. W badaniu uczestniczyła też 25-osobowa grupa kontrolna.

Wyniki: U chorych zaobserwowano statystycznie istotną asymetrię ruchów wentylacyjnych klatki piersiowej, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej. Deficyt tułowia i kończyny dolnej wg skali RMA korelował znacząco z asymetrią pełnego zakresu ruchów oddechowych. Wyniki badania spirometrycznego były przeciętnie znacząco poniżej normy dla danego pacjenta. U znacznej części pacjentów żebra po stronie porażonej nie schodziły przy wydechu poniżej pozycji pośredniej.

Wnioski: 1. Palpacyjne badanie klatki piersiowej jest obiecującą metodą wykrywania asymetrii ruchów wentylacyjnych.
2. Asymetria ruchów oddechowych klatki piersiowej jest powiązana z deficytem funkcji ruchowych tułowia.
3. Objawy asymetrii ruchów żebier u pacjentów po udarze mózgu z niedowładem połowicznym są w dalszym ciągu mało poznane.

LUDOTERAPIA JAKO NARZĘDZIE REKREACJI I REHABILITACJI

SKN Re-Rekreacja

Wydział Turystyki i Rekreacji

Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Arteterapia jest terapią przez twórczość/sztukę. Zawiera wiele metod pracy, które stosowane są wedle preferencji. Ludoterapia zajmuje się terapią przy pomocy gier, głównie planszowych. Obecnie gry planszowe stanowią dobrą formę pracy z osobami zdrowymi, jak i chorymi. Celem pracy było przedstawienie opinii studentów na temat możliwości zastosowania ludoterapii w rekreacji i rehabilitacji.

Materiał i metody: Badania przeprowadzone zostały w kwietniu 2014 roku na pierwszym roku studiów licencjackich na kierunkach: Fizjoterapia II WL WUM i Turystyka i Rekreacja na Wydziale TiR AWF w Warszawie. W Badaniu wzięło udział 94 studentów kierunku Fizjoterapia WUM oraz 72 studentów kierunku Turystyka i Rekreacja AWF. Do badań wykorzystano sześć gier i kwestionariusz ankiety, który składał się z 20 pytań zamkniętych. Kwestionariusz ten został opracowany przy zastosowaniu pakietu MS Excel 2007.

Wyniki: W grupie studentów fizjoterapii WUM i studentów turystyki i rekreacji AWF na pytanie dotyczące oceny wpływu ludoterapii na poziom integracji, większość z nich uważała, że terapia poprzez gry spełniała tę funkcję: 73% vs 87%. Podobne informacje uzyskano w aspekcie pozytywnego wpływu gier na wzajemną współpracę: 68% vs 75%. Wysokie wartości uzyskano dla wskaźników dotyczących wpływu ludoterapii w „oswajaniu” emocji 73% vs 62% i rozwiązywaniu problemów 70% vs 64%. Nieznacznie wyższe wartości uzyskano dla kreatywności 66% vs 71% i edukacji w aspekcie rekreacji i rehabilitacji 67% vs 65%.

Wnioski: 1. Wysoki odsetek badanych z dwóch uczelni WUM i AWF pozytywnie ocenił ludoterapię jako metodę wspomagającą rekreację i rehabilitację.

2. Ludoterapia może być metodą wspierającą w rekreacji i rehabilitacji.

3. Wydaje się wskazane podjęcie działań mających na celu szersze badania w tym zagadnieniu.

SESJA II

Tematy wolne

Moderatorzy:

dr hab. n. med., prof. nadzw. Krystyna Księżopolska-Orłowska –

Przewodnicząca

dr n. o k.f. Agnieszka Stępień

dr n. biol. Zbigniew Wroński

1.

Anna Kindykiewicz, Grzegorz Lenik, Kaja Makaruk, Ewelina Połomska

POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE U PACJENTÓW, KTÓRZY DOZNALI UPADKU

Studenckie Koło Naukowe FizjoSciens

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Opiekun Koła: dr hab., prof. nadzw. Marek Żak

Wstęp i cel pracy: Ważnym elementem procesu leczenia osób starszych jest fizjoterapia. Jej zadaniem jest przywrócenie lub utrzymanie zdolności do samodzielnego funkcjonowania szczególnie osób starszych, które doznały upadku. Celem badań była ocena postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów, którzy doznali upadku.

Materiał i metody: Badaniem objęto 40 osób w wieku 70-80 lat, podzielonych losowo na dwie grupy. Przez 12 tygodni prowadzono eksperyment polegający na stosowaniu różnych programów fizjoterapeutycznych w dwóch grupach. W pierwszej 20 osoby realizowały program fizjoterapeutyczny z dominacją intensywnych ćwiczeń na rotorze, sensomotorycznych, oraz nauki bezpiecznej zmiany pozycji. W drugiej grupie było też 20 osób i zastosowano u nich program uwzględniający głównie ćwiczenia czynne marszu, nauki bezpiecznej zmiany pozycji. Przed i po zakończeniu eksperymentu dokonano pomiaru sprawności i ryzyka upadku testem The UP & GO (TUG). Wielkości średnich arytmetycznych różnic międzygrupowych badano testem t-Studenta dla prób niezależnych oraz przed i po eksperymentach testem t-Studenta dla par powiązanych.

Wyniki: Analiza zebranych materiałów wykazała, że tylko w grupie I wystąpiły istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) średnich arytmetycznych pomiarów testem: the Up & Go ($d=10s$). W grupie drugiej nie zauważono istotnych różnic statystycznie między I i II serią ww. badań.

Wnioski: U osób starszych, które doznały upadku, należałoby polecać do wykorzystania program fizjoterapeutyczny uwzględniający naukę zmiany pozycji, ćwiczenia sensomotoryczne, a także ćwiczenia na rotorze, gdyż korzystniej wpływają na poprawę sprawności i zmniejszają ryzyko upadku.

2.

Monika Michałek

OCENA PROGRAMÓW USPRAWNIANIA PRZYGOTOWANYCH DLA OSÓB PO 80. ROKU ŻYCIA

SKN GeriActive

Zakład Rehabilitacji w Reumatologii i Geriatrii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wstęp i cel pracy: Istotnym problem u osób po 80. roku życia staje się wykonywanie czynności życia codziennego, dlatego poszukiwanie programów usprawniania dla tej grupy stanowi wyzwanie dla rehabilitacji.

Odpowiedź na pytanie jakie programy usprawniania wpływają najlepiej na poprawę wykonywania czynności życia codziennego.

Materiał i metody: Badaniami objęto 60 osób (39K, 21M), średnia wieku ($82 \pm 6,4$) u których zdiagnozowano zaburzenia funkcjonalne. Badanych podzielono losowo na trzy grupy, a randomizacji dokonano przy pomocy programu komputerowego. W Grupie I było 20 osób i realizowały program usprawniania składający się z: ćwiczeń czynnych wolnych i sensomotorycznych. W Grupie II było 19 osób wykonujących ćwiczenia sensomotoryczne i z oporem, a Grupie III też 21 osobowej wykonywano ćwiczenia czynne wolne i z oporem. Programy były realizowane przez 6 miesięcy 3 razy w tygodniu w sesjach po 50 minut. Przed i po programach dokonano oceny za pomocą testu The Get Up & Go, Senior Fitness Test (SFT). Rezultaty w obu grupach porównywano testem t-Studenta oraz testem Wilcoxon.

Wyniki: Analiza wyników po zakończeniu programów usprawniania wykazała, że czas wykonania testu The Get Up & Go poprawił się w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$) tylko w Grupie II i przed programem wynosił 26,1s, a po 17,2s. Komponenty sprawności funkcjonalnej oceniane SFT wykazały istotną statystycznie poprawę również w Grupie II, a w pozostałych grupach mimo obserwowanej poprawy wyniki nie były istotne statystycznie.

Wnioski: Program usprawniania osób po 80. roku życia, u których występują zaburzenia przy wykonywaniu czynności życia codziennego powinny zawierać ćwiczenia sensomotoryczne oraz z oporem.

3.

Katarzyna Cieřlik, Adrianna Udziela, Katarzyna Tereba

OCENA RYZYKA UPADKU PACJENTÓW W STARSZYM WIEKU ŻYJĄCYM W RÓŻNYM ŚRODOWISKU W KONTEKŚCIE PRACY FIZJOTERAPEUTY

Studenckie Koło Naukowe FizjoSciens
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Opiekun Koła: dr hab., prof. nadzw. Marek Źak

Wstęp i cel pracy: Upadki dla dużej grupy osób starszych są najbardziej niepokojącym objawem starzenia się. Wyzwalają strach przed obezwładniającym urazem i utratą samodzielności. Problem upadków stanowi również poważne wyzwanie w pracy fizjoterapeuty, gdyż wymaga odpowiedniego przygotowania i realizacji programów fizjoterapeutycznych. Celem pracy była ocena ryzyka upadku pacjentów w starszym wieku żyjących w różnym środowisku w kontekście pracy fizjoterapeuty.

Material i metody: Badaniami objęto grupę 60 osób w wieku 80-90 lat. Były to osoby objęte opieką instytucjonalną i mieszkające samodzielnie w Krakowie, u których w okresie 1 miesiąca poprzedzającego badanie w wywiadzie stwierdzono co najmniej jeden upadek. Badanych podzielono na dwie grupy, ze względu na wiek: Grupa I 80- 85 lat, Grupa II 86-90 lat. W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze, dokonano oceny ryzyka upadków. Do oceny ryzyka upadków wykorzystano test Functional Reach. Porównano wyniki obu grup ze sobą.

Wyniki: Wynik testu Functional Reach był istotny statystycznie. Osoby z Grupy I wyciągnęły rękę dalej niż osoby z grupy II, średnio o 2,5 cm. Badani w obu grupach uzyskali wynik świadczący o zwiększonym ryzyku upadku.

Wnioski: U osób po 80 roku życia występuje zwiększone ryzyko upadku bez względu na środowisko w którym przebywają, objęci opieką instytucjonalną czy mający własne mieszkanie. To nakazuje fizjoterapeutom przygotowanie i realizację odpowiednich programów fizjoterapeutycznych z tą grupą pacjentów.

WPŁYW AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ KOBIET W CIĄŻY NA POZIOM WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Kinezylogii Katedry Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Okres ciąży nasila istniejące dolegliwości bólowe kręgosłupa lub jest sam w sobie przyczyną ich powstawania, wpływając tym samym do obniżenia aktywności fizycznej. Celem pracy było sprawdzenie poziomu aktywności fizycznej u kobiet w ciąży oraz zweryfikowanie wpływu aktywności fizycznej podczas ciąży na poziom występowania bólu.

Materiał i metody: Badaniami objęto 116 kobiet ciężarnych w wieku 23-30 lat ($x = 26,95 \pm 2,40$) w podziale na trzy grupy badane pod względem aktywności fizycznej.

Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. W celu określenia stopnia nasilenia dolegliwości bólowych użyto skali VAS, natomiast poziom aktywności fizycznej wyznaczono przy pomocy Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ SHORT).

Wyniki: Aktywność fizyczną w stopniu niskim stwierdzono u 66,38% badanych, umiarkowanym – 18,97%, intensywnym – 14,66%. Intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa przed ciążą koreluje z intensywnością dolegliwości bólowych w trakcie ciąży w grupie kobiet o niskiej aktywności fizycznej ($p < 0,001$) oraz w grupie kobiet o intensywnej aktywności fizycznej ($p < 0,00001$). Intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa w trakcie ciąży koreluje z liczbą przebytych ciąż lecz tylko w grupie kobiet o niskiej aktywności fizycznej ($p < 0,05$). U 30,17% kobiet wystąpiły pierwsze dolegliwości bólowe kręgosłupa podczas ciąży najczęściej w drugim oraz trzecim trymestrze ciąży. Zauważono korelację pomiędzy intensywnością dolegliwości bólowych kręgosłupa w trakcie ciąży, a wiekiem w grupie kobiet o intensywnej aktywności fizycznej ($p < 0,006$).

Wnioski: 1. Zarówno aktywność fizyczna w stopniu niskim, jak i intensywnym kobiet w ciąży wpływa na wzrost dolegliwości bólowych kręgosłupa podczas ciąży.

2. Aktywność fizyczna w stopniu niskim oraz liczba przebytych ciąż zwiększa intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa u kobiet w ciąży.

3. Wraz ze wzrostem wieku oraz wygórowaną aktywnością fizyczną kobiet w ciąży wzrasta intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa.

5.

Magdalena Mikołajczyk, Klaudyna Szczęsna

ROZWAŻANIA – SZEŚCIOŁATEK W SZKOLE CZY W PRZEDSZKOLU A POSTAWA CIAŁA

Zakład Kinezyjologii Katedry Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Okres przedszkolny i wczesnoszkolny jest istotny w harmonijnym rozwoju psychofizycznym dziecka. Wady postawy najczęściej występują w okresie dynamicznego wzrostu układu kostnego dziecka. Niekorzystne pozycje statyczne spowodowane długotrwałym siedzeniem przy biurku, nierównomierne obciążenie kręgosłupa, a także przymusowe zmniejszenie naturalnej potrzeby ruchu to czynniki mające znaczący wpływ na kształtowanie postawy ciała. Celem pracy było sprawdzenie jak kształtuje się postawa ciała sześciolatków względem dzieci siedmioletnich. Próbowano odpowiedzieć na pytanie czy sześciolatek jest gotowy do obciążeń statycznych w wymiarze klasy pierwszej.

Materiał i metody: Badaniami objęto 31 dzieci sześciolletnich (gr. A) oraz 32 dzieci siedmioletnich (gr. B), uczęszczających do tej samej szkoły. Badania postawy przeprowadzone z użyciem narzędzi pionu, skoliometru, inklinometru. Oceniono odchylenie pionu od szpary pośladkowej, głębokości kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej, poziomu ustawienia łopatek, rotacji tułowia na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego, piersiowo-lędźwiowego oraz odcinka lędźwiowego. Oceniano testem Mathiassa wydolność mięśni posturalnych.

Wyniki: Dzieci sześciolletnie miały więcej nieprawidłowości w badaniu ATR na poziomie odcinka Th ($p < 0,004$) lub Th/L ($p < 0,001$). Wydolność posturalna mieściła się w obu grupach na poziomie od 4 do 30 sekund, jednak dzieci sześciolletnie osiągały statystycznie gorsze wyniki ($p < 0,0001$). Nie odnotowano różnic pomiędzy sześci- i siedmiolatkami w zakresie oceny poziomu ustawienia łopatek, odchylenia pionu, głębokości odcinka piersiowego i lędźwiowego ($p > 0,05$).

Wnioski: Zwiększona wartość rotacji tułowia powyżej 3° w odcinku piersiowym i lędźwiowym u sześciolatków (48,38%) wymaga ich obserwacji i ponownego badania w przeciągu 6 miesięcy. Niewydolność mięśni posturalnych może wpływać na postawę ciała w latach późniejszych.

Klaudyna Szczęsna, Magdalena Mikołajczyk

GŁĘBOKOŚĆ KIFOZY PIERSIOWEJ A CZAS SPĘDZONY W POZYCJI SIEDZĄCEJ

Zakład Kinezylogii Katedry Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: W ciągu dnia dziecko przyjmuje nieergonomiczne, kifotyczne dla kręgosłupa pozycje. Znaczne ograniczenie aktywności fizycznej wynikającej z obowiązków szkolnych potęguje ten stan. Brak wczesnego nauczania poprawności pozycji siedzącej może przyczyniać się do powstawania wad kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej.

Celem pracy była ocena głębokości kifozy piersiowej w pozycji stojącej i siedzącej, a także sprawdzenie czy liczba godzin spędzonych w pozycji siedzącej ma wpływ na powyższe parametry postawy ciała.

Materiał i metody: Badaniami objęto 41 dzieci w wieku 7-9 lat ($x = 7,68 \pm 0,72$). Do badania głębokości kifozy piersiowej użyto inklinometr Sandersa elektroniczny TMX – 127 wg metodyki Dobosiewicz przyjmując za normę 24- 36 °. Badanie wykonano w pozycji stojącej i siedzącej. Dodatkowo ankietę wykazała ilość godzin spędzanych w ciągu dnia i tygodnia w pozycji siedzącej.

Wyniki: Badani spędzali w pozycji siedzącej od 26 do 54 godzin tygodniowo ($x = 40,51 \pm 6,56$). 73 % dzieci miało poprawne wartości kifozy piersiowej w pozycji stojącej oraz 53,66 % w pozycji siedzącej. Płeć miała wpływ na wartości kifozy piersiowej w pozycji siedzącej ($p < 0,003$). U większości badanych wartości głębokości kifozy piersiowej uległy zwiększeniu po przejściu z pozycji stojącej do siedzącej. Ilość godzin spędzana w pozycji siedzącej korelowała z głębokością kifozy piersiowej w pozycji stojącej w sposób odwrotnie proporcjonalny ($R = -0.4$, $p < 0,009$)

Wnioski: Czas spędzany w pozycji siedzącej ma negatywny wpływ na głębokość kifozy piersiowej. Brakuje zajęć praktycznych z zakresu ergonomii pozycji przyjmowanych przez dzieci w trakcie nauki i zabawy co może w przyszłości przyczynić się do powstawania nieprawidłowości w obrębie postawy ciała.

BÓL OBRĘCZY MIEDNICZNEJ – FENOMEN SKANDYNAWSKI CZY POWSZECHNA DOLEGLIWOŚĆ?

SKN Rehabilitacji Ortopedycznej

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Wstęp: Ból lędźwiowo-miedniczny w ciąży wymaga diagnostyki różnicowej i właściwego postępowania terapeutycznego. Diagnostyka bólu obręczy miednicznej budzi wiele kontrowersji. Większość badań naukowych pochodzi z krajów skandynawskich, gdzie jest jedną z głównych przyczyn zwolnienia lekarskiego wśród ciężarnych. Cel pracy: Zbadanie częstości występowania i przedstawienie charakterystyki bólu obręczy miednicznej u polskich i norweskich kobiet w ciąży.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział 323 kobiety: 234 Polek i 89 Norweżek. Do analizy włączono kobiety pomiędzy 12. a 36. tygodniem ciąży. Ankieta zawierała pytania dotyczące danych demograficznych, parametrów ciąży oraz charakterystyki i umiejscowienia dolegliwości bólowych. Do zróżnicowania poszczególnych rodzajów bólu posłużyły schematy ciała z zaznaczonym umiejscowieniem dolegliwości. Na tej podstawie wyróżniono: ból kręgosłupa lędźwiowego, ból obręczy miednicznej oraz ból mieszany. Bóle obręczy miednicznej podzielono na asymetryczny i symetryczny ból tylnej części miednicy oraz ból spojenia łonowego. Do oceny intensywności bólu posłużyła skala VAS. Dodatkowo, do charakterystyki dolegliwości obręczy miednicznej wykorzystano Pelvic Girdle Questionnaire. Poziom aktywności fizycznej określono na podstawie Physical Activity Index.

Wyniki: Ból obręczy miednicznej wystąpił u 42% Polek i 56% Norweżek. Średnie wartości PGQ wśród polskich i norweskich kobiet wyniosły odpowiednio 32.67% i 41.76%. Wśród Polek ból obręczy miednicznej związany był z nietrzymaniem moczu i występował częściej u kobiet, które cierpiały na niego podczas poprzednich ciąż.

Wnioski: Ból obręczy miednicznej jest istotnym problemem także wśród polskich ciężarnych. Kobiety narodowości norweskiej statystycznie częściej zgłaszają ten typ bólu lędźwiowo-miednicznego.

PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI FIZJOTERAPII PACJENTÓW Z ZESPOŁEM ROWKA NERWU ŁOKCIOWEGO LECZONYCH OPERACYJNIE LUB ZACHOWAWCZO

¹ Studia doktoranckie, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

² Koło Naukowe Rehabilitacji Ruchowej "Szansa", Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wstęp i cel pracy: Zespół rowka nerwu łokciowego (ZRNŁ) jest jedną z najczęściej występujących neuropatii uciskowych w obrębie kończyny górnej. Wskutek ucisku nerwu łokciowego dochodzi do znacznego ograniczenia możliwości funkcjonalnych ręki oraz całej kończyny górnej. Mechanizmem, który prowadzi do powstawania ZRNŁ jest zaburzenie prawidłowej ekskursji nerwu na poziomie jego bruzdy.

Celem pracy było porównanie skuteczności zastosowanego programu fizjoterapii u pacjentów z ZRNŁ leczonych operacyjnie lub zachowawczo.

Materiał i metody: Badaniami objęto 37 pacjentów Specjalistycznego Ośrodka Rehabilitacji Ręki w Krakowie, którzy zostali podzieleni na 2 grupy. Grupę 1 (n=21) stanowili pacjenci, u których został przeprowadzony zabieg chirurgicznego uwolnienia nerwu łokciowego w rowku. W Grupie 2 (n=16) znaleźli się pacjenci leczeni zachowawczo. Badania funkcjonalne ręki przeprowadzono dwukrotnie w obu badanych grupach (przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu). Obejmowały one pomiary czynnej ruchomości, siły mięśniowej oraz czucia powierzchownego. Na ich podstawie określono ubytek funkcji wg Swansona, Total Active Motion oraz wskaźnik czucia. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej w programie Excel 10.

Wyniki: Uzyskano istotną odbudowę funkcji ręki, siły mięśniowej oraz czucia powierzchownego w obu badanych grupach. Wartości wskaźników funkcjonalnych ręki w badaniu 1 różniły się istotnie między badanymi grupami, natomiast w badaniu 2 wartości te były podobne.

Wnioski: 1. Zastosowany program fizjoterapii doprowadził do istotnej poprawy funkcji ręki w obu badanych grupach.
2. Leczenie zachowawcze może być z powodzeniem stosowane u pacjentów z ZRNŁ.
3. Wczesne wprowadzenie odpowiedniej terapii u pacjentów z ZRNŁ może pozwolić na uniknięcie konieczności przeprowadzenia chirurgicznego uwolnienia.

KINEZJOFOBIA (STRACH PRZED RUCHEM) I JEJ ZWIĄZEK Z POZIOMEM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ I JAKOŚCIĄ ŻYCIA UWARUNKOWANĄ STANEM ZDROWIA

Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Na podstawie wyników badań realizowanych w ramach projektu WOBASZ szacuje się, że 50-60% dorosłych Polaków cechuje zbyt mała aktywność fizyczna. W większości przypadków podłożem zachorowalności na schorzenia układu sercowo-naczyniowego jest niewystarczający poziom aktywności fizycznej. Kinezjofobia, definiowana jako strach przed aktywnością ruchową, może w znacznym stopniu przyczyniać się do nasilenia hipokinezji ruchowej, jak również, wpływać na wiele aspektów jakości życia.

Celem badania było określenie poziomu kinezjofobii wśród pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. Określono również związek między poziomem kinezjofobii a poziomem aktywności fizycznej oraz jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia.

Materiał i metody: Do badania włączono 174 chorych (średni wiek badanych: $63,7 \pm 8,9$ lat) leczonych z powodu zawału serca. Grupę kontrolną stanowiły 292 osoby z obszaru województwa śląskiego i małopolskiego, u których nie zdiagnozowano żadnych schorzeń przewlekłych. Poziom kinezjofobii określono za pomocą skali KCS (Kinesiophobia Causes Scale), poziom aktywności fizycznej posługując się kwestionariuszem HPA (Baecke Habitual Physical Activity), natomiast jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia za pomocą kwestionariusza SF-36 (Short Form Health Survey).

Wyniki: Uzyskane rezultaty wskazują na umiarkowane nasilenie kinezjofobii wśród pacjentów kardiologicznych, zarówno w ogólnym wskaźniku KCS ($M=50,7 \pm 12,6$), jak również w poszczególnych jej domenach (Domena Biologiczna [DB]: $M=43,6 \pm 15,4$; Domena Psychologiczna [DP]: $M=57,9 \pm 13,8$), jednak istotnie statycznie wyższe ($p < 0,01$) niż w przypadku osób zdrowych, gdzie: KCS= $37,3 \pm 13,5$; DB= $33,2 \pm 10,1$; DP= $41,4 \pm 12,9$. Przeprowadzona analiza wykazała, że im wyższy poziom kinezjofobii, tym niższy poziom aktywności fizycznej oraz gorsza jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia.

Wnioski: Wysoki poziom kinezjofobii związany jest z niższym poziomem aktywności fizycznej oraz gorszą jakością życia.

SESJA PLAKATOWA

Komisja Konkursowa:

prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz – Przewodniczący
dr hab. n. med., prof. nadzw. Piotr Majcher
dr n. biol. Zbigniew Wroński

1.

Justyna Pogorzelska

SKUTECZNOŚĆ STOSOWANIA APLIKACJI KINESIOLOGY TAPING NA BLIZNY PRZEROSTOWE I KELOIDY U DZIECI

Wydział Lekarski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp i cel pracy: Blizny przerostowe, keloidy i przykurcze bliznowate powstają w wyniku zaburzeń rozkładu i syntezy kolagenu prowadzących w konsekwencji do jego nadprodukcji. Stanowią one nie tylko problem estetyczny, ale prowadzą do zaburzeń czynnościowych w organizmie.

Cel pracy. Celem pracy było wskazanie skuteczności stosowania aplikacji Kinesiology Taping w leczeniu blizn i keloidów w ocenie pacjentów lub opiekunów dzieci poddanych terapii.

Materiał i metody: Badania wykonano w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach. Badaniami objęto dzieci, u których stwierdzono występowanie blizn przerostowych, keloidów i blizn ściąających. W badaniach wzięło udział 54 osoby, w wieku od 2 do 18 lat, średnia wieku wynosiła 6,7 lat. Pierwszy etap postępowania obejmował dokonanie pomiaru suwmiarką cyfrową oraz wykonanie aplikacji przy użyciu taśmy Kinesiology Tape zgodnie z przyjętą koncepcją badań. W celu zbadania subiektywnej oceny pacjentów/opiekunów dotyczącej skuteczności zastosowanego Kinesiology Taping wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: W badanej grupie u 37 pacjentów aplikacje Kinesiology Taping wpłynęły na zmianę w wyglądzie i w odczuwaniu blizny po 3 tygodniach, 10 osób poddanych terapii zauważyło te zmiany po 6 tygodniach, a po okresie 9 tygodni stosowania aplikacji, u 5 osób, 2 osoby wykazały poprawę po 12 tygodniach.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych, własnych obserwacji i dokonanych pomiarów można wnioskować o skuteczności stosowania technik przyklejania taśmy – aplikacji Kinesiology Taping na blizny przerostowe, keloidy i blizny ściąające.

Maciej Lendzion, Ewa Łukaszewicz, Jakub Waś, Dariusz Czaprowski

SAMOOCENA ESTETYKI TUŁOWIA U DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SKOLIOZĄ IDIOPATYCZNĄ

Zakład Rehabilitacji w Ortopedii, Traumatologii i Reumatologii, Wydział Rehabilitacji

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Opiekun naukowy pracy: dr hab., prof. nadzw. Dariusz Czaprowski

Wstęp i cel pracy: Skolioza idiopatyczna (SI) to trójpłaszczyznowa deformacja kręgosłupa, dla której charakterystyczna jest tendencja do progresji w okresie szybkiego wzrastania. Deformacja tułowia, klatki piersiowej, a także asymetrie barków, łopatek, kątów talii oraz miednicy, towarzyszące SI, powodują pogorszenie estetyki ciała, a co za tym idzie, wpływają negatywnie na samoocenę i jakość życia chorych. Dlatego też jednym z najważniejszych celów leczenia osób z SI jest poprawa estetyki ciała.

Cel: Określenie zależności pomiędzy radiologicznymi i klinicznymi parametrami skoliozy a poziomem samooceny estetyki oraz percepcji tułowia pacjentów ze skoliozą idiopatyczną.

Materiał i metody: Przebadano 90 pacjentów w wieku 9-18 lat ($14,3 \pm 2,1$) z rozpoznaną na radiogramie przednio-tylnym skoliozą idiopatyczną o wartości kąta Cobba $10,0-66,0$ ($22,2 \pm 12,2$). Do oceny postrzegania wizerunku swojego ciała. Wykorzystano skalę TAPS (Trunk Appearance Perception Scale) natomiast do oceny jakości życia kwestionariusza SRS-22 (Scoliosis Research Society-22). Zebrane wyniki poddano analizie statystycznej, przyjmując jako poziom istotności różnic $p < 0,05$.

Wyniki: Badania wykazały obniżanie się samooceny estetyki ciała wraz ze wzrostem kąta skrzywienia i rotacji tułowia ($p < 0,05$). Pacjenci leczeni gorsetem mają obniżoną samoocenę tułowia oraz jakość życia w porównaniu do leczonych samą fizjoterapią ($p < 0,05$). Dziewczeta mają istotnie niższy poziom jakości życia niż chłopcy ($p < 0,01$). Wraz z obniżaniem samooceny w zakresie estetyki ciała następuje pogorszenie subiektywnie odczuwanej jakości życia ($p < 0,001$).

Wnioski: 1. Skolioza idiopatyczna wpływa na pogorszenie samooceny estetyki ciała oraz niższą jakość życia chorych.

2. Na obniżenie jakości życia i samooceny estetyki wpływają: wiek, kąt skrzywienia i rotacji tułowia oraz leczenie gorsetowe.

3. W planowaniu leczenia chorych ze skoliozą idiopatyczną należy brać pod uwagę wpływ deformacji na obniżoną samoocenę estetyki ciała.

3.

Monika Małetka, Kinga Czocho, Marta Gramowska, Elżbieta Kozłowska, Joanna Riabczenko, Kamil Riabczenko, Dariusz Czaprowski

BADANIE KRZYWIZN STRZAŁKOWYCH KRĘGOSŁUPA NIE POZAWALA NA ZRÓŻNICOWANIE DZIECI POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA HIPERMOBILNOŚCI STAWOWEJ

Koło Naukowe Fizjoterapeutów
Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego

Wstęp i cel pracy: U dzieci powszechnie rozpoznaje się zaburzenia krzywizn strzałkowych kręgosłupa. Planując terapię zazwyczaj nie bierze się jednak pod uwagę możliwości wystąpienia u dzieci hipermobilności stawowej (HS), co jest istotne z punktu widzenia odmiennych rekomendacji terapeutycznych dla tej grupy dzieci. Celem pracy była ocena czy badanie krzywizn strzałkowych kręgosłupa jest wystarczające dla rozpoznania HS.

Materiał i metody: Badaniem objęto 302 dzieci w wieku 8-14 lat. Za pomocą inklinometru cyfrowego Saundersa u wszystkich dzieci dokonano pomiarów nachylenia krzyżowego (NK), lordozy lędźwiowej (LL), kifozy piersiowej (KP) z jej podziałem na górną (GK) i dolną część (DK). Pomiary zostały wykonane w swobodnej pozycji stojącej i siedzącej. Na podstawie wyniku testu Beightona wyodrębniono z całej badanej grupy 38 dziewcząt i 29 chłopców, u których rozpoznano HS. Następnie porównano wielkość strzałkowych krzywizn kręgosłupa pomiędzy dziećmi z oraz bez hipermobilności stawowej.

Wyniki: Dzieci z HS były zgodne pod względem wieku, wysokości ciała, masy ciała i BMI z pozostałymi badanymi ($p > 0,05$). Nie stwierdzono istotnych różnic ($p > 0,05$) w zakresie wielkości NK, LL, KP, GK oraz DK pomiędzy zarówno dziewczętami, jak i chłopcami z oraz bez hipermobilności stawowej.

Wnioski: 1. Wielkość krzywizn strzałkowych kręgosłupa nie różni się pomiędzy dziećmi z oraz bez hipermobilności stawowej, co uniemożliwia ich zróżnicowanie na podstawie tego badania.
2. W celu zapewnienia odpowiedniej jakości fizjoterapii badanie kliniczne narządu ruchu należy uzupełniać o ocenę występowania hipermobilności stawowej przeprowadzoną za pomocą specyficznych dla niej testów.

Dominik Sitarski, Paulina Ewertowska, Justyna Błoda, Aleksandra Kolwicz-Gańko, Dariusz Czaprowski

WPŁYW KOMENDY „WYPROSTUJ SIĘ” NA KRZYWIZNY STRZAŁKOWE KRĘGOSŁUPA U DZIECI Z ORAZ BEZ HIPERMOBILNOŚCI STAWOWEJ

Koło Naukowe Fizjoterapeutów

Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego

Wstęp i cel pracy: Zaburzenia postawy ciała są powszechnie rozpoznawane u dzieci i młodzieży. Z tego powodu są one często obejmowane różnymi programami terapeutycznymi. Jednym ze sposobów ich realizacji jest kształtowanie prawidłowego wzorca czynnej korekcji postawy ciała. Celem pracy była ocena zmiany krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej u dzieci z (HS) oraz bez hipermobilności stawowej (BHS), po komendzie „wyprostuj się” (KW).

Materiał i metody: Badaniem objęto 56 dzieci w wieku 10-14 lat ($12,0 \pm 1,0$) z rozpoznaną za pomocą testu Beightona HS. Grupę kontrolną stanowiło 149 dzieci bez HS. Obie grupy były zgodne pod względem wieku, masy ciała, wysokości ciała oraz BMI ($p > 0,05$). Przy pomocy inklinometru cyfrowego Saundersa u wszystkich badanych oceniono kąt nachylenia krzyżowego (NK), lordozę lędźwiową (LL), kyfozę piersiową (KP) oraz oddzielnie jej górną (GK) oraz dolną część (DK). Pomiary wykonano w swobodnej pozycji stojącej oraz siedzącej oraz po komendzie „wyprostuj się”.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych różnic między obiema grupami w zakresie wszystkich ocenianych parametrów uzyskanych po KW ($p > 0,05$). Pod wpływem KW stwierdzono zarówno u dzieci z HS jak i BHS istotne zmniejszenie KP, GK oraz DK ($P < 0,01$). Po KW wartość kifozy piersiowej w pozycji siedzącej w obu grupach była mniejsza niż opisana w piśmiennictwie norma (HS $23,0^\circ \pm 17,0$, BHS $21,0^\circ \pm 15,5$, norma: $30-40^\circ$).

Wnioski: U dzieci z oraz bez hipermobilności stawowej komenda „wyprostuj się” prowadzi do nieprawidłowego ruchu korekcyjnego skutkującego zmniejszeniem kyfozy piersiowej oraz spłyceniem jej dolnej części. Dlatego też, nie zaleca się wykorzystywania tej komendy w celu poprawy postawy ciała u dzieci.

5.

Justyna Gacman¹, Jolanta Stępowaska^{1,2}, Anna Boryczka², Małgorzata Łukowicz^{1,2}

WPŁYW STOPY PŁASKO-KOŚŁAWEJ NA BIOMECHANICZNE PARAMETRY PRZESTRZENNE W TRAKCIE CHODU U DZIECI W WIEKU 6-8 LAT

¹ SKN Wczesna Rehabilitacja Pediatryczna

AWF Warszawa, Wydział Rehabilitacji

² CZD

Wstęp i cel pracy: Stabilna pozycja stojąca i skuteczny estetyczny chód w dużej mierze zależy od prawidłowej anatomicznej budowy stopy. Nieprawidłowości ustawienia miednicy w korelacji ze stopą płasko-koślawą u dzieci w wieku 6-8 lat stanowią ciekawą kwestię dla ortopedów i fizjoterapeutów.

Celem pracy jest ocena zależności wpływu stopy płasko-koślawej na parametry kinematyczne chodu.

Materiał i metody: Materiał badany obejmował grupę dzieci ze zdiagnozowanymi stopami płasko-koślawymi w wieku 6-8 lat z województwa mazowieckiego. Do badania kwalifikowano dzieci z typem stopy 7, 8, 9 i 10 wg Clarke'a.

Metody: Dokonano analizy chodu za pomocą systemu VICON 460 z 6 kamerami w Pracowni Diagnostyki Narządu Ruchu w Centrum Zdrowia Dziecka. W skład badania wchodziły pomiary wielkości kinematycznych: położenie miednicy w płaszczyznach czołowej, strzałkowej i poprzecznej, ustawienie w stawach biodrowych oraz ustawienie stopy względem linii kierunkowej chodu. Dodatkowo dokonano pomiaru czasowych parametrów chodu: udział procentowy fazy podparcia w cyklu chodu, prędkość, częstość kroków, długość kroków. Analiza wykonana została z wykorzystaniem pakietu statystycznego R. Korelacja rang Spearmana objęła: wartość współczynnika korelacji i p-value. Poziom istotności 0,05.

Wyniki: 1. Zaobserwowano statystycznie istotną korelację pomiędzy parametrami kinematycznym stawu biodrowego a parametrami stopy.

2. W analizie parametrów czasowo-przestrzennych zaobserwowano: zmniejszenie prędkości chodu, zmniejszenie częstości kroków, skrócenie długości kroków.

3. Analiza parametrów kinematycznych miednicy wykazała: w płaszczyźnie strzałkowej zmniejszenie przodopochylenia miednicy, w płaszczyźnie czołowej ograniczenie zakresu ruchu i asymetrię ustawienia miednicy, w płaszczyźnie poprzecznej wewnętrzne skręcenie miednicy w momencie kontaktu kończyny dolnej z podłożem.

Wnioski: W świetle badań programy terapeutyczne powinny koncentrować się na problemach pierwotnych i kompensacjach funkcjonalnych.

RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY ZAWODOWEJ A WYSTĘPOWANIE DOŁĘGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Kinezylogii Katedry Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Długie godziny pracy, jej zmienność, monotopia, nagły stres, brak zasad ergonomii to jedne z wielu czynników zawodowych, które mogą powodować lub nasilać dolegliwości bólowe kręgosłupa.

Celem pracy była weryfikacja, czy rodzaj wykonywanej pracy, wiek pracowników oraz ich staż pracy ma wpływ na intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa. Sprawdzano czy istnieje związek pomiędzy intensywnością dolegliwości bólowych kręgosłupa a jakością życia badanych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 367 mężczyzn w wieku 23- 41 lat ($x = 31,61 \pm 6,41$) w podziale na cztery grupy badane. Grupa A – funkcjonariusze policji, grupa B – pracownicy straży pożarnej, C – pracownicy ratownictwa medycznego oraz D – pracownicy biurowi. Badania przeprowadzono przy pomocy autorskiej ankiety, skali VAS oraz kwestionariusza SF v36.

Wyniki: Staż pracy koreluje z intensywnością występujących dolegliwości bólowych w grupie A ($p < 0,0000001$) oraz grupie C ($p < 0,01$). Wiek respondentów koreluje z intensywnością dolegliwości bólowych w grupie A ($p < 0,000001$), grupie C ($p < 0,05$) oraz grupie D ($p < 0,05$). Intensywność dolegliwości bólowych w największym stopniu wpływa na pracę w grupie A,B,D, a także efektywność wykonywanych czynności w grupie B oraz grupie D. Zauważono korelację pomiędzy stażem pracy a fizyczną komponentą zdrowia w grupie A ($p < 0,001$), a także korelację pomiędzy stażem pracy w grupie A, a psychiczną komponentą zdrowia ($p < 0,01$).

Wnioski: 1. Staż pracy, wiek respondentów oraz rodzaj wykonywanej pracy mają wpływ na intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa.

2. Istnieje związek pomiędzy intensywnością dolegliwości bólowych a jakością życia.

3. Dolegliwości bólowe kręgosłupa mogą mieć wpływ na zdrowie a nawet życie osób nieobjętych bólem ze względu na rodzaj wykonywanej pracy

BÓL KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PRACOWNIKÓW BIUROWYCH

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Balneoklimatologii

Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Zespoły bólowe kręgosłupa nazywane są chorobą cywilizacyjną. Ból kręgosłupa w dzisiejszych czasach jest powszechnie występującym zjawiskiem. Ogromny odsetek bóli pleców spowodowany jest przyjmowaniem złej postawy oraz wynika z braku stosowania ergonomii w życiu codziennym. Celem pracy było określenie częstości występowania bólu kręgosłupa u pracowników biurowych oraz określenie skuteczności podjętej rehabilitacji.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 650 pracowników biurowych, w przedziale wiekowym 32-47 lat, średnia wieku wynosiła 37 lat ($\pm 12,4$). Wykorzystano ankietę własnego autorstwa, w której respondenci byli pytani o m.in. dolegliwości bólowe kręgosłupa przed podjęciem pracy oraz obecnie, o ergonomię miejsca pracy oraz nawyki w życiu codziennym, podjętą rehabilitację i jej skuteczność. Badanie przeprowadzono od września 2015 r. do stycznia 2016 r.

Wyniki: 98% pracowników biurowych odczuwa na co dzień ból kręgosłupa. Tylko 4% z tych respondentów odczuwało ból przed podjęciem pracy. Najczęściej (82%) ból był zlokalizowany w odcinku lędźwiowym, następnie u 37% respondentów w odcinku szyjnym. Badanie wykazało zależność pomiędzy długą ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej podczas dnia, a częstością występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Rehabilitację podjęło 67% osób z bólem pleców, z czego 64% ankietowanych zauważyło poprawę i zmniejszenie dolegliwości kręgosłupa wskutek podjętego leczenia zachowawczego.

Wnioski: 1. Bóle kręgosłupa wśród pracowników biurowych są powszechnym zjawiskiem.

2. Należy wdrożyć odpowiednią profilaktykę zachowań zdrowotnych wśród pracowników biurowych oraz zapewnić ergonomię miejsca pracy.

3. Eliminacja bólów kręgosłupa nie jest możliwa, gdy pacjent nie stosuje się do zasad ergonomii w codziennym życiu.

Tomasz Matusz, Piotr Tkocz, Gabriela Bidzińska, Katarzyna Rajfur, Lucyna Słupska, Joanna Rajfur, Małgorzata Pasternok, Kuba Ptaszkowski, Anna Kumala, Jakub Taradaj

OCENA ZMIAN AKTYWNOŚCI BIOELEKTRYCZNEJ MIĘŚNI SPASTYCZNYCH KOŃCZYN DOLNYCH PO ZASTOSOWANIU ELEKTROSTYMULACJI TENS – OPIS PRZYPADKU

SKN Fizjoterapii Klinicznej

Instytut Fizjoterapii

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp i cel pracy: Spastyczność jako zaburzenie czuciowo-ruchowe może znacznie utrudniać codzienne funkcjonowanie. Jedną z form terapii stosowanych w celu normalizacji napięcia mięśniowego może okazać się stymulacja prądami TENS.

Celem pracy była próba określenia, jak elektrostymulacja TENS kończyn dolnych wpływa na aktywność bioelektryczną mięśni spastycznych oraz dolegliwości bólowe u pacjentki po przebytej mielotomii pośrodkowej.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyła pacjentka, po przebytych zabiegach operacyjnych mielotomii pośrodkowej odcinka piersiowego rdzenia Th10-Th11. Pacjentka przez 30 dni była poddawana elektrostymulacji prądami TENS. Na mięśnie czworogłowe uda oraz mm. piszczelowe przednie obu kończyn zastosowano stymulację niskiej częstotliwości: 5 Hz, czas impulsu 100 μ s, czas skurczu: 5 s, czas przerwy: 5 s, natężenie według odczuć pacjenta. Na mięśnie antagonistyczne, tj. dwugłowe uda, brzuchate łydki, zastosowano prąd średniej częstotliwości: 15 Hz, czas impulsu 200 μ s, czas skurczu – 5 s, czas przerwy – 5 s. Czas trwania stymulacji wynosił po 20 minut dla każdej grupy mięśniowej. Do oceny obserwacji aktywności bioelektrycznej mięśni posłużył elektromiograf powierzchniowy Neuro Trac ETS, stopień nasilenia dolegliwości bólowych oceniono za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS). Pacjentka została oceniona czterokrotnie: pomiar I (PI) – przed zastosowaniem stymulacji, PII – po 14 dniach elektrostymulacji, PIII – dzień po wykonaniu ostatniego zabiegu stymulacji oraz PIV – 14 dni od zakończonych zabiegów elektrostymulacji (follow-up).

Wyniki: Pomiędzy PI a PIV średnia wartość bioelektryczna m. czworogłowego lewej kończyny dolnej (KD) zmniejszyła się o 39%, natomiast średnia wartość m. czworogłowego KD prawej zmniejszyła się o 74%. Średnia wartość aktywności bioelektrycznej m. piszczelowego przedniego KD lewej uległa spadkowi o 14%, natomiast po stronie prawej zmniejszyła się o 43% w stosunku do wartości początkowych. W przypadku mięśni antagonistycznych, pomiędzy PI a PIV średnia wartość bioelektryczna m. dwugłowego uda KD lewej uległa zwiększeniu o 31%. Po stronie prawej, wzrost aktywności m. dwugłowego wyniósł 3%. Średnia wartość potencjału bioelektrycznego m. brzuchatego KD lewej uległa zwiększeniu o 56%, natomiast KD prawej aktywność m. brzuchatego łydki uległa zmniejszeniu o 38%.

Wnioski: Badania własne na pojedynczym przypadku nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić zależności pomiędzy aktywnością bioelektryczną mięśni spastycznych kończyn dolnych a elektrostymulacją TENS u pacjentki po zabiegu mielotomii pośrodkowej. W trakcie wykonywania stymulacji zaobserwowano pewne tendencje zmniejszania wartości bioelektrycznej zwłaszcza w obrębie mięśni czworogłowych i piszczelowych przednich.

Maciej Kopa, Mateusz Kowalski, Patryk Kołodziejczyk, Jolanta Kowalik, Klaudia Grabowska, Miłosz Parchimowicz, Anna Lubkowska

DYSFUNKCJE WYBRANYCH MIĘŚNI STAWÓW BIODROWEGO I KOLANOWEGO WPŁYWAJĄCE NA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE OSÓB O RÓŻNEJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

SKN przy Zakładzie Diagnostyki Funkcjonalnej i Medycyny Fizykalnej
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp i cel pracy: Celem badań było poszukiwanie zależności pomiędzy występowaniem dysfunkcji w obrębie narządu ruchu a najczęstszymi dolegliwościami bólowymi u osób o różnej aktywności fizycznej.

Materiał i metody: Zbadano 122 osoby (76 kobiet, 46 mężczyzn). Średnia wieku badanych wyniosła 25 lat. Podczas wstępnej kwalifikacji badanych podzielono na 3 grupy według poziomu aktywności fizycznej: I – o niskim (63 osoby), II – umiarkowanym (50 osób) oraz III – wysokim poziomie aktywności fizycznej (9 osób) na podstawie wyników ankiety autorskiej oraz IPAQ Short Test. W celu oceny występowania i różnicowania dysfunkcji przeprowadzono 4 diagnostyczne testy funkcjonalne dla mięśni: biodrowo-lędźwiowy, naprężacz powięzi szerokiej, prosty uda, krawiecki, przywodziciele oraz grupę kulszowo-goleniową. Dodatkowo oceniano ruchomość odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz wyprost w stawie kolanowym.

Wyniki: Najczęstszą dolegliwością wśród badanych był ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (48,5%). Jej występowanie wiązało się z dysfunkcjami: niewydolność mięśni pośladkowych ($p=0,049$) oraz przykurczu mięśni: biodrowo-lędźwiowego ($p=0,049$), prostego uda ($p=0,09$), przywodzicieli ($p=0,072$), grupy kulszowo-goleniowej ($p=0,06$). Uwzględniając poziom aktywności fizycznej zaobserwowano, że główne dysfunkcje to: napięcie naprężacza powięzi szerokiej (dla aktywności niskiej – 62%, umiarkowanej – 68% i wysokiej – 100%) oraz przykurcze w stawach kolanowych (niska – 73%, umiarkowana – 60%, wysoka – 89%).

Wnioski: Na występowanie bólu w odcinku lędźwiowym wpływa wiele czynników. Zaobserwowano jednak, że nadmierne napięcie naprężacza powięzi szerokiej oraz przykurcze w stawach kolanowych zwiększają prawdopodobieństwo występowania bólu w odcinku lędźwiowym. Wydaje się uzasadnione, by terapia przeciwbólowa uwzględniała rozluźnianie wyżej wymienionych okolic.

Dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym i dysfunkcje okolicy pasma biodrowo-piszczelowego występują niezależnie od poziomu aktywności fizycznej, co może wskazywać na zaburzenia w motoryce człowieka. Należy więc zachować różnorodność treningową, rozwijając wszystkie cechy motoryczne.

Jakub Rajtar-Zembaty, Agnieszka Stopa, Anna Rajtar-Zembaty, Paulina Aleksander-Szymanowicz

WPLYW ŁAGODNYCH ZABURZEŃ POZNAWCZYCH NA SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNĄ U OSÓB STARSZYCH

Wydział Rehabilitacji Ruchowej

Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Wstęp i cel pracy: Współcześnie uważa się, że osłabienie funkcji poznawczych może przyczyniać się do powstawania zaburzeń chodu i zwiększać ryzyko upadków. W wielu pracach wykazano, że sprawność funkcjonalna jest osłabiona w grupie osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczymi. Co więcej udowodniono, że częstość upadków jest wyższa u osób z otępieniem. Celem badania były porównanie sprawności funkcjonalnej w grupie osób po 60 roku życia w zależności od poziomu sprawności funkcji poznawczych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 60 osób (48 kobiet i 17 mężczyzn) w wieku 60-80 lat. W celu przesiewowej oceny funkcji poznawczych zastosowano Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination, MMSE). Do oceny poziomu sprawności fizycznej oraz funkcjonalnej wybrano: a) Krótki Zestaw Testów do oceny Sprawności Fizycznej (Short Physical Performance Battery, SPPB), b) test „wstań i idź” (Timed Up and Go, TUG) oraz c) Test Szybkiego Chodu. Badanych przydzielono do dwóch grup w zależności od wyniku MMSE.

Wyniki: Dla całej badanej grupy wynik MMSE korelował z testami sprawności funkcjonalnej. Im wyższy wynik MMSE tym krótszy czas wykonania testu TUG oraz Testu Szybkiego Chodu. Stwierdzono także różnicę pomiędzy poziomem sprawności funkcjonalnej w grupie osób z brakiem zaburzeń oraz z prawdopodobnymi zaburzeniami funkcji poznawczych. Ci ostatni istotnie dłużej wykonywali testy oceniające sprawność funkcjonalną (TUG, Test Szybkiego Chodu). Z kolei, poziom sprawności fizycznej nie różnił się w porównywanych grupach.

Wnioski: Istnieje związek między dysfunkcjami poznawczymi a osłabieniem sprawności funkcjonalnej. Procesy poznawcze pełnią ważną rolę w kontroli i regulacji dla regulacji czynności motorycznych. Identyfikacja kognitywnych czynników zaburzeń sprawności funkcjonalnej może pozwolić na opracowanie bardziej skuteczniejszych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

11.

Marcin Grzegorzek, Maria Siwadło, Karolina Czerwińska, Mateusz Grzesiuk

OCENA SPRAWNOŚCI OSÓB STARSZYCH OBJĘTYCH OPIEKĄ INSTYTUCJONALNĄ

SKN FizjoSciens

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Opiekun Koła: dr hab., prof. nadzw. Marek Żak

Wstęp i cel pracy: Wstęp: Sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku jest jednym z najważniejszych elementów samodzielnego funkcjonowania i niezależności szczególnie u osób objętych opieką instytucjonalną.

Cel pracy: Ocena sprawności osób starszych objętych opieką instytucjonalną.

Material i metody: Badaniami objęto grupę 80 pensjonariuszy w wieku 70-90 lat z placówek opieki instytucjonalnej na terenie Krakowa, u których oceniono indywidualną sprawność funkcjonalną przy pomocy testu Timed Up and Go (TUG). Badani zostali podzieleni na dwie grupy. Grupa I to osoby, które w teście Timed Up and Go uzyskały wynik 20 i więcej sekund. W grupie tej było 60 osób (średnia wieku 85 lat). Grupa II to osoby, które w teście Timed Up and Go uzyskały wynik 19s i mniej. W grupie tej było 20 osób (średnia wieku 82 lata). W obu grupach przeprowadzono dodatkowe badanie z wykorzystaniem skali IADL.

Wyniki: Analiza wyników badań wykazała, że nie ma istotnych statystycznie różnic między grupami jeżeli chodzi o wyniki skali IADL. W Grupie I uzyskującej gorsze wyniki w teście Timed Up and Go występowały u 60% badanych problemy z większością czynności ocenianych skalą IADL, a w grupie drugiej u 50% badanych.

Wnioski: Nie można jednoznacznie stwierdzić, że lepsza sprawność funkcjonalna oceniana testem TUG przekłada się na dobre wyniki w skali IADL u osób starszych objętych opieką instytucjonalną.

Magdalena Łuniewska, Maciej Ratajczyk, Aleksandra Żywica, Karolina Komornicka, Wojciech Garczyński

SYTUACJA ZAWODOWA CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE W ZALEŻNOŚCI OD TYPU KLINICZNEGO CHOROBY

SKN PANACEUM

Wydział Zamiejscowy w Szczecinie Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą chorobą o podłożu zapalno-demielinizacyjnym ośrodkowego układu nerwowego. Problem zaczyna się zazwyczaj u osób w przedziale wiekowym 20-40 lat. Jedną z głównych przyczyn zmian demielinizacyjnych są uwarunkowania genetyczne, które w konsekwencji prowadzą do spowolnienia przewodnictwa nerwowego a nawet niepełnosprawności.

Celem przeprowadzonych badań była ocena aktywności zawodowej chorych na stwardnienie rozsiane w zależności od formy klinicznej choroby.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na stwardnienie rozsiane w Bornem Sulimowie. Grupa badana liczyła 197 osób. Średnia wieku grupy badanej to 49 lat $\pm$ 11. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety dotyczący sytuacji zawodowej chorych na stwardnienie rozsiane.

Wyniki: Wyniki poddano analizie statystycznej w programie Statistica 10.0. Opracowanie wyników opierało się na analizie statystycznej cech ilościowych i jakościowych z wykorzystaniem testu Kruskala-Wallisa, jednoczynnikowej analizy wariancji oraz testu Chi2 Pearsona.

Najdłużej na SM chorowali badani z formą kliniczną SPMS, a najkrócej z formą RRMS. Średni staż pracy zawodowej ankietowanych wynosił 23 lata dla formy klinicznej PPMS i 19 lat dla form RRMS i SPMS.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci z formą kliniczną PPMS są najdłużej aktywni zawodowo w stosunku do pacjentów z pozostałymi formami klinicznymi SM.

Kinga Mikita, Lawia Szkoda

WYBRANE ZABIEGI FIZYKALNE I AKTYWNOŚĆ RUCHOWA W TERAPII CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE

Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych Katedry Fizjoterapii

Wydział Nauk o Zdrowiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Stwardnienie rozsiane (łac. sclerosis multiplex, SM) charakteryzuje się występowaniem wieloogniskowych uszkodzeń o cechach zapalno-demielizacyjnych w obrębie rdzenia kręgowego i mózgu. Młody wiek pacjentów, różnorodność objawów oraz nieprzewidywalny przebieg choroby sprawiają, że rehabilitacja osób z SM jest jednym z najtrudniejszych zagadnień rehabilitacji neurologicznej. Fizykoterapia w SM jest elementem wspomagającym aktywność ruchową oraz stanowi istotnym elementem leczenia objawowego.

Cele pracy : Określenie jakie zabiegi fizykalne wpływają na poprawę samopoczucia pacjentów z SM.

Pytanie badawcze: Czy chorzy na SM aktywnie spędzają czas wolny i jakie formy aktywności fizycznej preferują?

Materiał i metody: Badaniom została objęta losowo wybrana grupa 113 chorych na SM. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 40,8 lat ($\pm 11,4$). Badanie zostało przeprowadzone anonimowo przy pomocy ankiety elektronicznej. W badaniu wykorzystano autorską ankietę. Wyniki badań zostały zebrane w arkuszu kalkulacyjnym Excel, a następnie poddane analizie statystycznej programem STATISTICA PL V.12.

Wyniki: 79% ankietowanych korzystało z zabiegów fizykalnych, w tym 88% z pola magnetycznego, 93% krioterapii, 72% laseroterapii oraz 69% światłolecznictwa. Największą skuteczność wykazały zabiegi pola magnetycznego oraz krioterapii. 40 % badanych łączyło ćwiczenia ogólnorozwojowe z fizykoterapią. 89% respondentów aktywnie spędzała czas wolny, w tym u 70% zmniejszyły się dolegliwości związane z chorobą oraz u 59% przyczyniły się do spadku objawów zmęczenia.

Wnioski: W kompleksowym usprawnianiu pacjentów z SM zabiegi fizykalne wspomagają leczenie objawowe, zwłaszcza krioterapia i pole magnetyczne poprawiają ich samopoczucie.

Mimo obaw przed wystąpieniem objawów choroby, chorzy na SM aktywnie spędzają czas wolny preferując jazdę na rowerze, bieganie połączone ze spacerami, pływanie, fitness, siłownie, Nording Walking oraz ćwiczenia ogólnorozwojowe i rozciągające.

CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE ŻYCIE SEKSUALNE MĘŻCZYŹN PO USZKODZENIU RDZENIA KRĘGOWEGO

Wyższa Szkoła Rehabilitacji

Wstęp i cel pracy: Życie seksualne człowieka jest jednym z elementów szeroko pojętego zdrowia, a satysfakcja w tej dziedzinie wpływa na poczucie dobrostanu. Uszkodzenie rdzenia kręgowego niesie ze sobą wiele następstw fizycznych i psychicznych, które zaburzają zaspokajanie podstawowych potrzeb ludzkich, w tym seksualnej. Celem pracy jest określenie czynników uniemożliwiających oraz utrudniających życie seksualne mężczyzn, a także zbadanie ich zmienności w czasie od urazu.

Materiał i metody: Badaniu poddano grupę 70 mężczyzn po uszkodzeniu rdzenia kręgowego na poziomie C3-L4, w tym 35 z tetra- i 35 z paraplegią. Wiek badanych 19-61 (śr. 36) lat, wiek w chwili urazu 1-53 (śr. 24) lata, czas od urazu 0-33 (śr. 12) lat. Do badań użyto anonimowej autorskiej ankiety.

Wyniki: Przyczynami abstynencji seksualnej zaraz po urazie były najczęściej: pobyt w szpitalu 49%, nauka samoobsługi 26%, poznanie na nowo reakcji własnego ciała 23%, tetra- lub paraplegia 23% oraz brak kontroli mikcji i defekacji 21%. Czynnikiem utrudniającym współżycie w późniejszym okresie są: zaburzenia urologiczne 34%, niedowłady i porażenia 33%, spastyczność i klonusy 14%. Brak trudności zgłasza 23% badanych.

Współczynnik korelacji liniowej Pearsona zmiany w czasie dla urologii wynosi 0,20; porażen oraz braku utrudnień -0,10; spastyczności 0,00.

Wnioski: Aby móc w pełni cieszyć się życiem erotycznym, konieczne jest uregulowanie funkcji urologicznych i wydalniczych, opanowanie samoobsługi oraz poznanie reakcji swojego ciała. Wykwalifikowani fizjoterapeuci i doświadczeni instruktorzy są w stanie pomóc mężczyznom po uszkodzeniu rdzenia kręgowego w wyeliminowaniu większości czynników utrudniających czerpanie przyjemności z seksu.

Maciej Kostewicz

WPLYW TRENINGU MARSZOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH NA DYSTANS CHROMANIA PRZESTANKOWEGO U OSÓB PO ZABIEGACH WEWNĄTRZNACZYNIOWYCH

Koło Naukowe przy Katedrze Rehabilitacji AWF Warszawa
Wydział Rehabilitacji
AWF Warszawa

Wstęp i cel pracy: Trening marszowy (TM) jest podstawową metodą zachowawczego leczenia chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych (PAD – peripheral artery disease). TM stosowany może być także jako leczenie wspomagające po zabiegach wewnątrznaczyiniowych tętnic kończyn dolnych.

Celem pracy była ocena wpływu treningu marszowego domowego na dystans chromania u chorych z PAD po zabiegu wewnątrznaczyiniowym.

Materiał i metody: Badaniem objęto 30 chorych z PAD, którym oceniano maksymalny dystans chromania przestankowego (MCD – maximal claudication distance) na bieżni ruchomej: przed zabiegiem wewnątrznaczyiniowym, 3 dni i 3 miesiące po zabiegu. Wyniki podawano w metrach. Chorych losowo podzielono na 2 grupy piętnastoosobowe: grupę A, w której chorym zalecano standardowe postępowanie pooperacyjne, chorych w grupie B poddano treningowi marszowemu w warunkach domowych przez 3 miesiące według następującego schematu: 3 razy dziennie marsz w tempie 60-120 kroków na minutę, przez co najmniej 30 min, 3 dni w tygodniu i był doraźnie kontrolowany przez fizjoterapeutę.

Wyniki: Grupa B – MCD przed zabiegiem: średnio 97,07m, MCD 3 dni po zabiegu: śr. 192,62 m, MCD 3 miesiące po zabiegu: śr. 270,53m, $p<0,001$;

Grupa A – MCD przed zabiegiem: śr. 103,23 m, MCD 3 dni po zabiegu: śr. 179 m, MCD 3 miesiące po zabiegu: śr. 136,67m, $p<0,001$;

Wnioski: 1. TM wykonywany właściwie przez 3 miesiące po zabiegu wewnątrznaczyiniowym u chorych z PAD wpływa istotnie na wydłużenie MCD.

2. MCD 3 miesiące po zabiegach wewnątrznaczyiniowych w przebiegu PAD jest istotnie dłuższy w grupie osób wykonujących systematycznie treningi marszowe w porównaniu z grupą kontrolną.

ZABURZENIA W OBRĘBIE NARZĄDU ŻUCIA A WYSTĘPOWANIE BRUKSIZMU

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii Klinicznej
Katedra Rehabilitacji
Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Bruksizm to ogólne pojęcie definiujące dzienną i nocną aktywność parafunkcyjną zębów, na którą składa się zgrzytanie, zaciskanie, tarcie oraz stukanie. Problem dotyczy obecnie około 8-10% dorosłej populacji. Niestety dokładne przyczyny choroby nadal nie są znane. Celem pracy jest zbadanie i przeanalizowanie czynników predysponujących do występowania objawów u pacjentów cierpiących na bruksizm.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 25 osób, skarżących się na nocne zgrzytanie zębów. Badanie składało się z trzech części: ankiety, badania przedmiotowego oraz badania SEMG mięśni: żwaczy, skroniowych przednich, części zstępujących mięśnia czworobocznego oraz mięśni MOS. Ankieta dotyczyła, m.in. symptomów, dolegliwości oraz urazów w okolicy układu stomatognatycznego. Podczas badania przedmiotowego zbadano, m.in.: zmiany powstałe w obrębie jamy ustnej, widoczne wady zgryzu, zakresy ruchu i praca stawów skroniowo-żuchwowych, ograniczenia i nieprawidłowości w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa i obręczy barkowej. Badanie SEMG pozwoliło określić aktywność i symetryczność pracy wybranych mięśni żucia oraz obręczy barkowej.

Wyniki: Występuje dodatnia korelacja między dysfunkcjami stawów skroniowo-żuchwowych a występowaniem bruksizmu. Niesymetryczna praca mięśni żwaczy oraz skroniowych przednich występuje u 67% pacjentów. W 56% przypadków występuje asymetria barków, zaś u 40% badanych występuje hiperlordoza odcinka szyjnego.

Wnioski: Wyniki badań sugerują, iż zjawisko bruksizmu jest ściśle powiązane z zaburzeniami w obrębie narządu żucia. W związku tym, leczenie powinno zawierać, m.in. terapię stawów skroniowo-żuchwowych oraz techniki prowadzące do wyrównania napięcia mięśniowego w obrębie układu stomatognatycznego. Niewątpliwie w leczeniu pacjentów cierpiących na bruksizm, współpraca między stomatologiem a fizjoterapeutą jest niezbędna.

INTERDYSCYPLINARNA WSPÓŁPRACA PIELĘGNIAREK I FIZJOTERAPEUTÓW

SKN Fizjoterapii i Neurorehabilitacji

Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Fizjoterapii

Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

Wstęp i cel pracy: Personel medyczny powinien w każdym szpitalu ściśle ze sobą współpracować, aby jak najlepiej opiekować się pacjentami. Poniższe badania dotyczą współpracy, zależności oraz wiedzy o sobie, pomiędzy pielęgniarkami a fizjoterapeutami.

Cel: Badania mają na celu usprawnienie pracy personelu szpitalnego, poprawę poziomu procesu leczenia a także dobro pacjentów.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto grupę osób w różnym wieku, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Ankietę wypełniali studenci kształcący się na kierunku fizjoterapia lub pielęgniarstwo oraz osoby, które pracują już w wymienionych zawodach, na oddziałach szpitalnych. Ankietowani odpowiadali na 20 pytań dotyczących pracy, kompetencji oraz sposobów leczenia pacjentów.

Wyniki: 90% ankietowanych zauważa konieczność współpracy między oboma profesjami oraz prowadzenia wspólnych szkoleń. Większość zauważa, iż fizjoterapeuci powinni być dobrze przeszkoleni w kwestii prostych zadań pielęgniarek i na odwrót. Ankietowani uważają, że nie ma potrzeby przebywania przez całą dobę fizjoterapeutów na oddziale. Większość uważa, iż jest za mała liczba przedstawicieli obu grup na oddziałach szpitalnych. Obie grupy zauważają, że działania pielęgniarские (zaopatrzenie pacjenta) mają wpływ na skuteczność postępowania fizjoterapeutycznego.

Wnioski: Temat współpracy między fizjoterapeutami i pielęgniarkami wymaga rozwinięcia, gdyż obie grupy wykazują zainteresowanie problemem i chęć poprawy tej dziedziny dla podwyższenia poziomu leczenia i dobra pacjentów. Wprowadzenie w życie na początek, niektórych postępowania zasugerowanych w ankiecie mogłoby usprawnić pracę personelu szpitalnego.

Łukasz Sikorski, Iza Łochańska, Barbara Szulc

OCENA SKŁADOWEJ PIONOWEJ SIŁ REAKCJI PODŁOŻA W CZASIE SKOKÓW U PACJENTÓW PO REKONSTRUKCJI WIĘZADŁA KRZYŻOWEGO PRZEDNIEGO STAWU KOLANOWEGO

SKN Wyższej Szkoły Fizjoterapii z siedzibą we Wrocławiu

Wyższa Szkoła Fizjoterapii z siedzibą we Wrocławiu

Wstęp i cel pracy: Więzadło krzyżowe przednie stawu kolanowego (WKP) jest najczęściej uszkodzonym więzadłem w ciele człowieka. W przypadku uszkodzenia WKP zalecaną metodą leczenia jest jego rekonstrukcja. Uważa się, że przywrócenie prawidłowej funkcji stawu kolanowego wpływa na ogólny wynik kliniczny oraz zapobiega postępowi zmian degeneracyjnych.

Materiał i metody: Badany materiał stanowiły dwie grupy. Grupa I (n=24) składała się z badanych średnio 2 lata po rekonstrukcji WKP z kolei w Grupie II (n=20) znaleźli się badani bez uszkodzeń narządu ruchu. W celu sprawdzenia powtarzalności systemu MTD-Balance, składającego się z dwóch platform tensometrycznych oraz protokołu pomiaru składowej pionowej sił reakcji podłoża podczas skoków obunóż i jedenonóż, wykonano w Grupie II test-retest dla jednego badającego i dwóch badających. Kolejno pomiary zostały wykonane w Grupie I przez jednego badającego.

Wyniki: Analiza statystyczna nie wykazała różnic istotnych statystycznie w uzyskanych wynikach podczas skoków jedenonóż pomiędzy kończyną operowaną i nieoperowaną w Grupie I oraz w porównaniu Grupy I do Grupy II. Niemniej jednak zanotowano istotne statystycznie różnice w Grupie I w porównaniu kończyny operowanej do nieoperowanej podczas skoków obunóż.

Wnioski: U badanych średnio 2 lata po rekonstrukcji WKP stawu kolanowego nie zanotowano różnic pomiędzy kończyną operowaną i nieoperowaną w wartościach składowej pionowej sił reakcji podłoża podczas skoków jedenonóż, niemniej jednak zanotowano różnice podczas skoków obunóż.

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH ZAWODNIKÓW UPRAWIAJĄCYCH AMP FUTBOL I RUGBY NA WÓZKACH

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Styl życia jest terminem szeroko definiowanym, zależy od wielu czynników i systemu wartości. Pomimo całej swojej złożoności poszczególne definicje stylu życia zawierają wspólne elementy. Stan zdrowia człowieka może ulegać zmianie, to z kolei determinuje wybór określonego stylu życia. Wykazano związek między stylem życia, poziomem występujących zachowań zdrowotnych oraz podejmowaną aktywnością fizyczną. Można uznać, iż styl życia jest istotnym czynnikiem, decydującym o jakości życia, zdrowiu, a często również chorobie człowieka. Wpływa on na stan zdrowia człowieka niezależnie od wieku.

Styl życia jest świadomym wyborem zachowań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia przez wykorzystanie wszystkich dostępnych czynników.

Zainteresowanie powyższym tematem wynika ze stale zwiększającej się liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Dodatkowo na przestrzeni wieków można zaobserwować istotny wzrost aktywności fizycznej i zawodowej u osób z niepełnosprawnością.

W świetle ciągłego rozwoju fizjoterapii, jedynie zdobywanie nowej wiedzy oraz dowodów, potwierdzających skuteczność różnych form mających wpływ na wybór określonego stylu życia, daje możliwość poprawy jakości życia pacjenta z ograniczoną sprawnością.

Celem pracy jest ocena i porównanie stylu życia zawodników Amp Futbol oraz zawodników rugby na wózkach.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 45 mężczyzn. Grupa 1 – sportowcy reprezentacji Polski w Amp Futbol. Grupa 2 – zawodnicy rugby na wózkach. Grupa 3 kontrolna, członkowie Fundacji Aktywnej Rehabilitacji (FAR). Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariuszy IZZ, IPAQ oraz ankiety autorskiej.

Wyniki: Zebrane wyniki dowiodły zależności między stylem zachowań prozdrowotnych a poziomem aktywności fizycznej. Zawodnicy Amp Futbol charakteryzują się aktywniejszym stylem życia, niż sportowcy rugby na wózkach oraz osoby nie trenujące. Może wynikać to ze specyfiki ich niepełnosprawności oraz możliwości sprzętu ortopedycznego, który wykorzystują.

Wnioski: 1. Zawodnicy Amp Futbol charakteryzowali się najwyższym poziomem zachowań zdrowotnych.

2. Zawodnicy Amp Futbol charakteryzowali się istotnie wyższym ($p < 0,05$) poziomem (od pozostałych grup) trzech składowych zachowań zdrowotnych: nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz nastawienia psychicznego

3. Zawodnicy Amp Futbol charakteryzują się aktywniejszym stylem życia, niż sportowcy rugby na wózkach oraz osoby nie trenujące.

4. Zarówno w grupie Amp Futbol, jak i w grupie rugby na wózkach ważnym aspektem podejmowanej aktywności fizycznej jest jej rehabilitacyjny wpływ na organizm.

Sylwia Stiler¹, Szymon Wyszyński², Piotr Federowicz², Joanna Piotrkowicz²

CZY APLIKACJA TELEINFORMATYCZNA GONIOMETR V.1.0 MOŻE BYĆ PRZYDATNA DO OCENY ZAKRESU RUCHOMOŚCI LUB MOŻE BYĆ PRZYDATNA W PRACY FIZJOTERAPEUTY

¹ Studenckie Koło Naukowe Inżynierii Biomedycznej – InBio, Uniwersytet Śląski

² Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Badanie zakresu ruchu w stawach stanowi jeden z elementów do którego można odnieść się przed i po terapii.

Celem pracy była analiza zakresu ruchomości wyprostu stawu łopatkowo-ramiennego z użyciem teleinformatycznej aplikacji Goniometr v.1.0.

Materiał i metody: Badaniom poddano 26 kobiet i 24 mężczyzn w wieku 16-32 lat ($x = 25,8 \pm 4,0$), bólowych w obrębie badanej okolicy. Podstawę analizy stanowiły pomiaru zakresu ruchu wyprostu w stawie ramiennie-łopatkowym z użyciem autorskiej aplikacji Goniometr v.1.0. W czasie badania ruchu wyprostu analizie poddany został moment włączenia się do ruchu: kąta górnego oraz kąta dolnego łopatki w celu określenia rzeczywistego zakresu ruchu w stawie. Badanie wykonywało trzech niezależnych badaczy, a każdy pomiar został powtórzony trzykrotnie. Dane poddano analizie statystycznej w programie Statistica v.10.

Wyniki: Średni zakres ruchomości wyprostu stawu ramiennie-łopatkowego podczas palpacji kąta górnego łopatki wyniósł dla badacza A: 7,59; B: 8,12; C: 7,05 stopnia natomiast podczas palpacji kąta dolnego: 7,19; 7,20 i 7,30 stopnia odpowiednio dla badacza: A, B i C. Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy badaczami ($p > 0,05$).

Wnioski: Rzeczywisty zakres ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym jest niewielki co świadczy o szybkim angażowaniu się innych stawów kompleksu barkowego w ruch wyprostu. Aplikacja teleinformatyczna Goniometr v.1.0 może być szybkim i przydatnym narzędziem do oceny zakresu ruchomości.

Sylwia Stiler¹, Szymon Wyszyński², Piotr Federowicz², Joanna Piotrkowicz²

APLIKACJA GONIOMETR V 1.0. JAKO ALTERNATYWA DLA GONIOMETRU TRADYCYJNEGO

¹ Studenckie Koło Naukowe Inżynierii Biomedycznej – InBio, Uniwersytet Śląski

² Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Dział antropometrii zajmujący się pomiarem kątów w obrębie ciała nazywany jest goniometrią. Pomiarami kątów obszerności ruchów stawów w obrębie kończyn zajmuje się goniometria dynamiczna. Celem pracy było opracowanie aplikacji teleinformatycznej o nazwie Goniometr v 1.0.

Materiał i metody: Autorska aplikacja zrealizowana została w środowisku programistycznym Visual Studio 2015 w języku C#. Wykonanie takiej aplikacji jest interesujące z punktu widzenia rozwoju inżynierii biomedycznej oraz fizjoterapii, ponieważ wprowadza nowoczesne metody informatyczne w dziedzinę medycyny, przyspiesza pomiary zakresu ruchu, a także czyni go bardziej dokładnym. Aplikacja pozwala na obrazowanie zakresu ruchu na wykresie. Istnieje również możliwość przesłania wyników do komputera i ich późniejszych analiz. Możliwe jest porównanie wyników pomiaru zakresu ruchu na przestrzeni czasu, w którym pacjent jest rehabilitowany.

Wnioski: Dzięki autorskiej aplikacji pomiary zakresu ruchu w stawach są o wiele szybsze oraz dokładniejsze, niż w przypadku użycia zwykłego goniometru.

Aplikacja w przyszłości może być użyta do badań z określeniem dokładnego położenia elementów ciała ludzkiego względem siebie.

Pacjent może sam obserwować zmiany w zakresie ruchu danego stawu podczas rehabilitacji.

Sylwia Stiler¹, Szymon Wyszyński², Piotr Federowicz², Joanna Piotrkowicz²

BADANIE ZAKRESU RUCHU STAWU BIODROWEGO PRZY UŻYCIU AUTORSKIEJ APLIKACJI GONIOMETR V 1.0 U PACJENTÓW Z BÓLEM KRĘGOSŁUPA

¹ Studenckie Koło Naukowe Inżynierii Biomedycznej – InBio, Uniwersytet Śląski

² Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Badanie zakresu ruchu w stawie jest jednym z elementów odniesienia przed i po terapii. Według standardów ISOM fizjologiczną normą zgięcia w stawie biodrowym przyjmuje się 125 stopni.

Celem pracy była analiza zakresu ruchu w stawie biodrowym u pacjentów z bólem dolnego odcinka pleców.

Materiał i metody: Badaniom poddano 50 osób w wieku od 26 do 63

dolnego odcinka kręgosłupa. U wszystkich badanych wykonano pomiar zakresu ruchu, zarówno w lewym, jak i prawym stawie biodrowym w pozycji leżenia na plecach. W czasie badania zakresu ruchu w stawie biodrowym odnotowywano moment włączenia się ruchu miednicy poprzez palpacje kolca biodrowego przedniego górnego w czasie ruchu rotacji oraz zgięcia. Pomiaru zakresu ruchu dokonywano przy użyciu autorskiej aplikacji Goniometr v 1.0. Dodatkowo u każdego badanego dokonano oceny natężenia bólu wykorzystano skalę VAS.

Wyniki: Średni zakres ruchomości zgięcia w k

12,36) a w kończynie lewej ($x = 56,4$

12,67).

Wnioski: U osób z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa, zakres ruchu stawu biodrowego jest mniejszy niż u osób zdrowych.

W celu utrzymania fizjologicznej lordozy kręgosłupa lędźwiowego, każda z osób badanych powinna siedzieć na krześle, na którym kąt udo-podudzie będzie oscylował w granicach 120 stopni.

TRENING AEROBOWY JAKO BEZPIECZNA I SKUTECZNA METODA REHABILITACJI PACJENTÓW PRZEWLEKLE HEMODIALIZOWANYCH – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

SKN "Szansa"

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wstęp i cel pracy: W stadium piątym przewlekłej choroby nerek stosuje się leczenie nerkozastępcze w formie dializoterapii lub przeszczepu nerki. Najbardziej rozpowszechnioną formą dializ jest hemodializa. Mimo dynamicznego rozwoju technik dializacyjnych nawet najlepiej dobrana dializa nie jest w stanie zastąpić wszystkich funkcji nerek. Wraz z rozwojem choroby dochodzi do stopniowego zmniejszania wydolności fizycznej nawet do 50 % norm populacyjnych w stadium piątym. Nefrolodzy potrafią znacznie przedłużyć życie tej grupie pacjentów, natomiast fizjoterapeuci mogą wpłynąć na poprawę jakości tego życia.

Celem pracy jest analiza i ocena wpływu treningu aerobowego na wybrane aspekty zdrowia w grupie pacjentów przewlekle hemodializowanych oraz ocena bezpieczeństwa prowadzenia tej formy rehabilitacji w przedstawionej grupie chorych.

Materiał i metody: Praca jest przeglądem narracyjnym. Dokonano przeglądu medycznych baz danych: PubMed, Medline, Springer, przy użyciu następujących słów kluczowych 'hemodialysis, 'training, ' exercise' ' aerobic', w okresie od 2014 do 2016 r. Znaleziono 14 artykułów spełniających założone kryteria kwalifikacji. Obserwacje w piśmiennictwie dotyczyły 164 dorosłych pacjentów w wieku od 18 do 80 lat.

Wyniki: Na podstawie przeanalizowanych prac stwierdzić można, że prowadzenie treningu aerobowego w grupie pacjentów hemodializowanych jest bezpieczną formą rehabilitacji. Obserwuje się pozytywny wpływ treningu na sprawność i wydolność fizyczną, a także poziom depresji i lęku, jakość życia, wskaźniki masy ciała oraz profil lipidowy.

Wnioski: Celowym jest wprowadzenie rehabilitacji ruchowej do standardowego postępowania leczniczego u pacjentów przewlekle hemodializowanych. Trening aerobowy może być bezpieczną i skuteczną metodą rehabilitacji. Dostępne są różne formy treningu aerobowego możliwe do zastosowania w tej grupie chorych.

NOTATKI

NOTATKI

XI WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa

AKTUALNE KIERUNKI ROZWOJU FIZJOTERAPII I REHABILITACJI

TEMAT WIODĄCY: FIZJOTERAPIA W PEDIATRII

Warszawa, 7 kwietnia 2017

www.wiosna.wum.edu.pl

wiosnazfizjo@wum.edu.pl

Pierwszymi autorami PRAC ORYGINALNYCH powinni być studenci (również studiów doktoranckich) oraz absolwenci studiów I lub II stopnia w roku akademickim 2015/2016, pod warunkiem, że byli studentami w trakcie realizowania zgłaszanej pracy.

Uczestnictwo BEZPŁATNE

Przewidziana jest sesja tematów wolnych oraz sesja plakatowa

MIEJSCE

Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ORGANIZATORZY

Studenckie Koło Naukowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

PLAN MIEJSCA KONFERENCJI

1. Miejsce obrad

PIĄTEK (22 kwietnia 2016)

Centrum Dydaktyczne WUM

ul. Ks. Trojdena 2a

2. Miejsce wykładu inauguracyjnego dzień warsztatowy

SOBOTA (23 kwietnia 2016)

Centrum Biblioteczno-Informacyjne

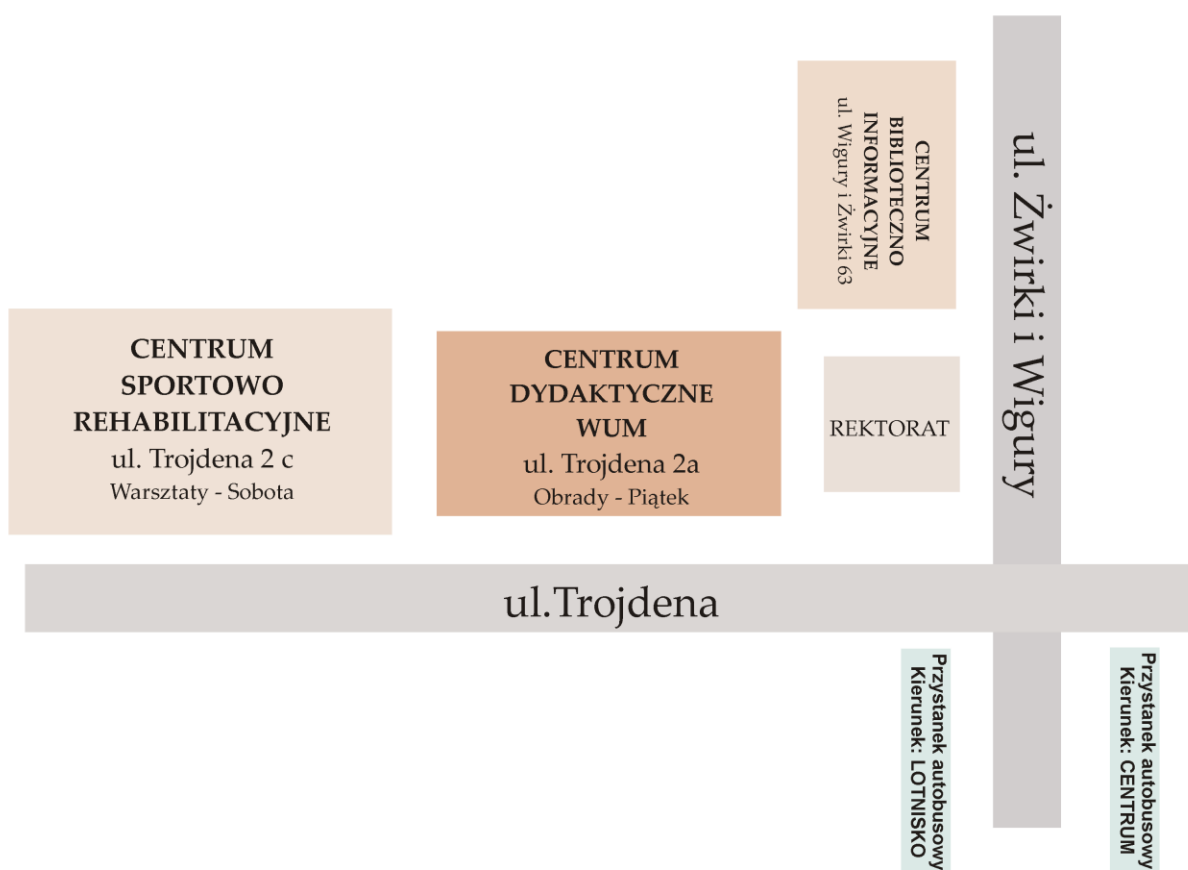
ul. Żwirki i Wigury 63

3. Miejsce warsztatów

SOBOTA (23 kwietnia 2016)

Centrum Sportowo Rehabilitacyjne

ul. Ks. Trojdena 2c



SPONSORZY



Wydział Medycyny
Osteopatycznej
PWSM



R. Słoniak T. Tittinger
Fizjokursy.pl

OrtoKursy
szkolenia dla fizjoterapeutów



Rehabilitacja *w praktyce*



terMedia



Komitet Organizacyjny Konferencji X Wiosna z Fizjoterapią
SKN Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne WUM

ul. Ks. Trojdena 2c, 02-109 Warszawa

tel.: 796 022 910