

WARSZAWA 20-21 KWIETNIA 2018 R.

XII WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

**FIZJOTERAPIA W MEDYCYNIE
SPORTOWEJ I SPORCIE**

PROGRAM I STRZESZCZENIA



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY NAUKOWI



PARTNERZY MEDIALNI



XII WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa

AKTUALNE KIERUNKI ROZWOJU FIZJOTERAPII I REHABILITACJI FIZJOTERAPIA W MEDYCYNIE SPORTOWEJ I SPORCIE

Warszawa, 20-21 kwietnia 2018

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. Mirosław Wielgoś

PATRONAT NAUKOWY

Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polska Akademia Nauk
Polskie Towarzystwo Fizjoterapii
Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
Polskie Towarzystwo Rehabilitacji

PATRONAT MEDIALNY

Czasopismo „Medycyna Sportowa”
Czasopismo „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”
Czasopismo „Fizjoterapia Polska”
Portal RehabilitacjaW Polsce.pl
Portal MedTube

PARTNERZY STRATEGICZNI

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Studenckie Towarzystwo Naukowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samorząd Studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Samorząd Doktorantów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska
Instytut McKenziego

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

RADA NAUKOWA

Przewodniczący:

dr hab. n. med. DARIUSZ BIAŁOSZEWSKI – Prodzian ds. Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Redaktor Naczelny Czasopisma "Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja", Członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

Członkowie:

dr hab. n. o k. f. JAKUB ADAMCZYK, prof. AWF w Warszawie – Kierownik Zakładu Teorii Sportu, Pływania i Ratownictwa Wodnego Katedry Sportu Wydziału Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

dr n. o k. f. GRAŻYNA BRZUSZKIEWICZ-KUŹMICKA – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Fizjoterapii dla Obszaru Województwa Mazowieckiego, Prezes Oddz. Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, p. o. Kierownika Katedry Rehabilitacji Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

dr n. med. ANDRZEJ BUGAJSKI – Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, Członek Komisji Medycznej PKOl, Prorektor ds. Kształcenia Wyższej Szkoły Fizjoterapii we Wrocławiu

prof. dr hab. med. MAREK JÓŹWIAK – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej Szpitala Klinicznego im. W. Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

prof. dr hab. n. o k. f. GRZEGORZ JURAS – Prorektor ds. Rozwoju i Sportu Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Kierownik Katedry Motoryczności Człowieka AWF w Katowicach, Członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

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

prof. dr hab. n. med. JERZY KIWERSKI – Rektor Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie, członek ZG Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

prof. dr hab. n. med. KRZYSZTOF KLUKOWSKI – Przewodniczący Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

dr hab. n. o k. f. MACIEJ KRAWCZYK, prof IPiN – Prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, członek Zarządu Stowarzyszenia „Fizjoterapia Polska”

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

dr n. med. HUBERT KRYSZTOFIAK – Przewodniczący Komisji Medycznej PKOl, Dyrektor Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej

dr hab. n. med. KRYSZYNA KSIĘŻOPOLSKA-ORŁOWSKA, prof. NIGRiR – Kierownik Kliniki Rehabilitacji Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Członek ZG Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

prof. dr hab. n. med. ARTUR MAMCARZ – Prodzian II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego WUM, Członek Komisji Medycznej PKOl

dr hab. n. med. BARTOSZ MOLIK, prof. AWF – Dziekan Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, Członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

dr n. med. ANDRZEJ RAKOWSKI – Krajowy Konsultant w dziedzinie Medycyny Sportowej

dr n. med. REMIGIUSZ RZEPKA – Trener Przygotowania Motorycznego Reprezentacji Polski w Piłce Nożnej

dr hab. n. o k. f. JAN SZCZEGIELNIAK, prof. PO – Konsultant Krajowy w dziedzinie Fizjoterapii, Kierownik Katedry Fizjoterapii Klinicznej Instytutu Fizjoterapii Politechniki Opolskiej, Wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

dr n. med. PIOTR TEDERKO – Przewodniczący Zarządu Oddz. Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji

dr n. biol. ZBIGNIEW WRÓŃSKI – Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów ds. Nauki i Edukacji

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodniczący:

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

Katarzyna Wiśniewska – Przewodnicząca SKN Fizjoterapii WUM

V-ce Przewodnicząca:

mgr Anna Mosiołek – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL

Członkowie:

Marcin Bieda – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

Magdalena Kisielewska – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

Mikołaj Kolano – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

Weronika Krasa – SKN Fizjoterapii WUM

Alicja Nawrocka – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

mgr Anna Obszyńska–Litwiniec – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL WUM

mgr Anna Ostaszewska – Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL WUM

Elwira Piechnik – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

Aleksandra Rutkowska – SKN Fizjoterapii WUM

Karolina Wiaderna – SKN Fizjoterapii WUM

Magdalena Zielińska – Członek Zarządu SKN Fizjoterapii WUM

Szanowni Państwo, Drodzy Studenci,

W imieniu studentów fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mam zaszczyt powitać Was na XII Wiosnie z Fizjoterapią – Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej organizowanej przez członków Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy współpracy z kadrą Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego WUM.

Wiosna z Fizjoterapią już po raz dwunasty daje nam możliwość spotkania i wymiany doświadczeń. Ogromnie cieszy nas fakt, że grono uczelni, chcących zaprezentować wyniki prac badawczych swoich studentów, z roku na rok się powiększa. W tym roku uczestnicy prezentować będą swoje prace w trzech sesjach ustnych: „Fizjoterapia w medycynie sportowej i sporcie”, „Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji” i „Sesji Tematów Wolnych” a także w sesji plakatowej. Spośród zaprezentowanych prac, Rada Naukowa wyłoni siedmiu laureatów, a wszyscy uczestnicy będą mogli wytypować swojego faworyta do otrzymania Nagrody Publiczności.

Wychodząc naprzeciw potrzebie znalezienia czasu na dyskusję, postanowiliśmy zmienić formułę wykładu eksperta na panel dyskusyjny: „Rola, zadania i miejsce fizjoterapii we współczesnym sporcie”, któremu przewodniczył będzie dr Hubert Krysztofiak. Mamy nadzieję, że rozmowy z zaproszonymi gośćmi staną się punktem wyjścia do dyskusji z udziałem studentów.

Jako organizatorzy chcielibyśmy podziękować, za zaufanie, naszym patronom. W sposób szczególny, JM Rektorowi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. n. med. Mirosławowi Wielgosiovi, za objęcie XII Wiosny z Fizjoterapią Patronatem Honorowym. Polskiemu Towarzystwu Fizjoterapii; Polskiemu Towarzystwu Rehabilitacji; Polskiemu Towarzystwu Medycyny Sportowej oraz Polskiej Akademii Nauk za patronat naukowy. Jesteśmy zaszczytzeni, że kolejna już edycja naszej konferencji odbywa się pod auspicjami Dekady Kości i Stawów WHO. Serdecznie dziękujemy za wsparcie Pani Prorektor ds. Studenckich i Kształcenia WUM prof. dr hab. n. med. Barbarze Górnickiej, Dziekanowi II WL WUM prof. dr hab. n. med. Markowi Kuchowi, Studenckiemu Towarzystwu Naukowemu WUM, Samorządowi Studentów WUM, Samorządowi Doktorantów WUM, Krajowej Izbie Fizjoterapeutów, Instytutowi McKenziego oraz Stowarzyszeniu Fizjoterapia Polska.

Wiosna z Fizjoterapią to owoc pracy wielu osób. Dziękujemy członkom Rady Naukowej oraz wykładowcom za poświęcenie swojego czasu i uwagi studentom. Dziękujemy naszym sponsorom za odwagę inwestowania w młodych naukowców. Jesteśmy pewni, że dzięki nagrodom ufundowanym przez Państwa, będą oni mogli mierzyć wyżej, sięgać dalej i nieustannie się rozwijać. Dziękujemy wszystkim prowadzącym warsztaty, którzy zdecydowali się podzielić swoją wiedzą z uczestnikami naszej konferencji.

Na koniec chciałabym złożyć podziękowania wszystkim autorom prac, za czas, zaangażowanie i zapał, jaki poświęciliście, aby przeprowadzić swoje badania. Gratuluję Wam także odwagi, jaką wykazaliście się prezentując je tak szerokiemu gronu akademickiemu. Cieszę się, że wybraliście właśnie XII Wiosnę z Fizjoterapią by podzielić się swoimi doświadczeniami.

Życzę nam wszystkim, aby czas spędzony na XII Wiosnie z Fizjoterapią był owocny i abyśmy spotkali się za rok na kolejnej edycji!

Przewodnicząca SKN Fizjoterapii
Katarzyna Wiśniewska



Szanowni Państwo, Drodzy Studenci,

Witamy Was serdecznie na XII już 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 członkowie zarządów głównych towarzystw naukowych i Konsultanci Krajowi w dziedzinach: Fizjoterapii i Rehabilitacji Medycznej. Nadaje to naszej Konferencji najwyższą możliwą krajową rangę i świadczy o docenieniu jej znaczenia jako ważnego cyklicznego projektu na stałe już wpisanego w kalendarz studenckich wydarzeń naukowych.

W imieniu swoim, członków Rady Naukowej oraz Komitetu Organizacyjnego zapraszamy Państwa do wysłuchania tradycyjnych wykładów: Inauguracyjnego poświęconego zagadnieniu udziału medycyny w sukcesach sportowych; Wykładu Jubileuszowego z okazji 80–lecia medycyny sportowej w Polsce oraz Wykładu Mistrza, który będzie poświęcony zastosowaniu metody McKenziego w zespołach przeciążeniowych kręgosłupa lędźwiowego u osób aktywnych. Zapraszamy wreszcie do wysłuchania prawie 20 oryginalnych doniesień naukowych, których autorami są studenci – młodzi naukowcy z całej Polski. Chcemy podkreślić, że to właśnie podczas sesji ustnych prezentujemy *crème de la crème* nadesłanych prac. Zapraszamy również do zapoznania się z przedstawianymi plakatami, których wysoka wartość merytoryczna świadczy dobitnie o coraz lepszym rozwoju młodej kadry naukowej w naszym środowisku. Na koniec zapraszamy do czynnego udziału w Dyskusji okrągłego stołu, podczas której zajmiemy się problematyką roli fizjoterapii w sporcie, a naszym wsparciem będą zaproszeni eksperci z zakresu medycyny sportowej, fizjoterapeuci i trenerzy.

Życzymy wszystkim Uczestnikom Konferencji twórczego spędzenia czasu oraz wielu towarzyskich sukcesów i owocnych dyskusji. Zapraszamy również do udziału w sobotnich warsztatach, które stały się już tradycyjnym elementem naszych spotkań.

Zapraszamy również na kolejne wiosenne spotkanie w Warszawie w 2019 r., a przede wszystkim namawiamy do czynnego w nim udziału i zachęcamy do kierowania się w swojej pracy naukowej słowami Stephena Hawkinga:

„Przez miliony lat, ludzkość żyła tak jak zwierzęta. Wtedy stało się coś, co uwolniło siłę naszej wyobraźni. Nauczyliśmy się rozmawiać, nauczyliśmy się słuchać. Rozmowa umożliwiła przekazywanie pomysłów, dzięki czemu nauczyliśmy się wspólnie budować niemożliwe. Największe osiągnięcia ludzkości tworzone są w rozmowie, a jej największe niepowodzenia są skutkiem braku rozmowy. Nie musi tak być. Nasze największe marzenia mogą stać się rzeczywistością. Z technologią, którą dysponujemy możliwości są nieograniczone. Wszystko, co musimy zrobić, to upewnić się, że wciąż rozmawiamy.”

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
dr n. o zdr. Anna Hadamus

Przewodniczący Rady Naukowej
dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski

PROGRAM SZCZEGÓŁOWY

- 8:00–9:00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW**
- 9:00–9:30 CZĘŚĆ OFICJALNA: POWITANIE ZAPROSZONYCH GOŚCI I UCZESTNIKÓW, PRZEMÓWIENIA ORGANIZATORÓW I GOŚCI, OTWARCIE KONFERENCJI**
- 9:30–10:00 WYKŁAD INAUGURACYJNY**
"Medycyna w służbie sportu (?) – jak to rozumiem?"
prof. dr hab. med. Artur Mamcarz
- 10:00–10:15 WYKŁAD JUBILEUSZOWY**
"Jubileusz 80-lecia medycyny sportowej w Polsce"
dr n. med. Andrzej Bugajski
- 10:15–11:15 SESJA I – Fizjoterapia w medycynie sportowej i sporcie**
(moduły 10–minutowe: 7–minutowa prezentacja i 3–minutowa dyskusja)
- 1 Wpływ rolowania na regenerację powysiłkową
Marta Czechowska; Warszawa
 - 2 Wpływ automasażu wałkiem na redukcję opóźnionej bolesności mięśnia czworogłowego uda po treningu Tabata
Agata Szymańska; Warszawa
 - 3 Siła mięśni kończyn dolnych osób z uogólnioną hipermobilnością stawową, czyli trenować czy nie trenować?
Kinga Wieczorkiewicz, Paulina Ewertowska, Aleksandra Zajac, Dominik Sitarski, Bartłomiej Gromul, Zbigniew Trzaskoma; Gdańsk
 - 4 Indeks Sprawności Fizycznej oczami trenera oraz fizjoterapeuty. Jakich informacji dostarcza test Zuchory?
Marta Lewandowska, Jurand Słoniewicz; Warszawa
 - 5 Porównanie sportów walki na przykładzie judo i karate Shorin-ryu pod względem wybranych parametrów antropometrycznych i stanu funkcjonalnego ocenianego testem FMS
Natalia Bała, Anna Sobianek, Maciej Janiszewski, Artur Stolarczyk; Warszawa
 - 6 Wpływ czasu statycznego rozciągania na zakres zgięcia w stawie biodrowym
Łukasz Magnuszewski, Justyna Kackiło, Paulina Kulikowska; Białystok
- 11:15–11:45 Przerwa kawowa**
SESJA PLAKATOWA CZĘŚĆ I (plakaty 1–14; Autorzy obecni przy plakatach)
- 11:45–12:15 WYKŁAD „MISTRZA”**
"Zastosowanie metody McKenziego w fizjoterapii pacjentów z dysfunkcjami przeciężeniowymi narządu ruchu związanymi z uprawianiem sportu"
dr Tomasz Stengert
- 12:15–13:15 SESJA II – Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji**
(moduły 10–minutowe: 7–minutowa prezentacja i 3–minutowa dyskusja)
- 1 Aktywność mięśnia poprzecznego brzucha u osób trenujących i nietrenujących z wykorzystaniem Rehabilitative Ultrasound Imaging
Beata Czechowska, Katarzyna Michalak, Emil Budny; Łódź

- 2 Ocena wpływu techniki rolowania i FDM na funkcję odcinka szyjnego kręgosłupa
Karolina Wiaderna, Monika Selegat; Warszawa
- 3 Ocena wpływu aplikacji Kinesiology Tapingu versus placebo na czucie pozycji stawu kolanowego
Katarzyna Karbowniczek, Adrianna Stodolna, Marta Zyglewicz, Patryk Wąsowski; Warszawa
- 4 Ocena wpływu regularnego treningu Jogi oraz Pilates na wybrane parametry równowagi
Marta Zamarlik; Warszawa
- 5 Wpływ przebytego urazu kończyny dolnej na długość drogi środka ciężkości
Małgorzata Skop, Izabela Klusa; Katowice
- 6 Funkcjonalna ocena stawu biodrowego u pacjentów po zabiegu THR z zastosowaniem implantów o standardowej i dużej artykulacji
Natalia Salata, Izabela Wrona, Magda Stolarczyk, Iwona Przepiórka, Artur Stolarczyk; Warszawa

13:15–14:00 Przerwa na lunch

14:00–14:30 SESJA PLAKATOWA CZĘŚĆ II (plakaty 15–25; Autorzy obecni przy plakatach)

14:30–15:30 SESJA III – Tematy wolne
(moduły 10–minutowe: 7–minutowa prezentacja i 3–minutowa dyskusja)

- 1 Wpływ wybranych parametrów funkcjonalnych przepony na utrzymywanie równowagi statycznej ciała
Janusz Kocjan, Katarzyna Nowakowska, Michał Burkacki, Sławomir Suchoń, Katowice
- 2 Ocena poziomu równowagi kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi w oparciu o kliniczne testy funkcjonalne
Marta Masłowska, Anna Kostiukow; Poznań
- 3 Rozwój integracji sensorycznej u dzieci urodzonych o czasie i wcześniaków – badania wstępne
Sara Górna, Ewa Gieysztor, Anna Maria Choińska; Wrocław
- 4 Ocena siły chwytu ręki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym
Iwona Walecka, Mariusz Pawłowski, Jakub S. Gąsior; Warszawa
- 5 Wysklepienie stóp 5–letnich dzieci z Samorządowego Przedszkola Nr 15 imienia Juliana Tuwima w Białej Podlaskiej o zróżnicowanym poziomie wskaźnika BMI
Marta Zdunek; Warszawa
- 6 Porównanie napięć mięśniowych między kobietami i mężczyznami o podobnym stanie emocjonalnym, zdrowotnym i wskaźniku BMI – badanie pilotażowe
Magdalena Trybuch, Grzegorz Zieliński, Marta Suwała, Jacek Szkutnik; Lublin

15:30–16:15 DYSKUSJA OKRĄGŁEGO STOŁU
„Rola, zadania i miejsce fizjoterapii we współczesnym sporcie”
Przewodniczący: dr Hubert Krysztofiak

16:15–17:00 ROZDANIE NAGRÓD, LOSOWANIE ANKIET I UROCZYSTE ZAKOŃCZENIE
OBRAD NAUKOWYCH KONFERENCJI

SESJA PLAKATOWA

1. Uszkodzenie głowy przyśrodkowej mięśnia brzuchatego łydki u zawodowego piłkarza ręcznego – opis przypadku
Artur Jagodziński, Marcin Smolarczyk, Patrycja Choińska; Warszawa
2. Wpływ kinesiotapingu na parametry równowagi i koordynacji ruchowej u aktywnych fizycznie osób po skręceniu stawu skokowego
Grzegorz Leszczyński, Magda Stolarczyk, Iwona Przepiórka, Artur Stolarczyk; Warszawa
3. Ocena wpływu rodzaju aplikacji kinesiotapingu na parametry propriocepcji i równowagi u osób z bocznym przyparciem rzepki
Jagoda Paradowska, Paulina Pujer, Magda Stolarczyk, Artur Stolarczyk, Warszawa
4. Wpływ treningu z biofeedbackiem na funkcjonalną ocenę stawu biodrowego u pacjentów po zabiegu totalnej endoprotezoplastyki
Anna Jerzykowska, Paulina Jaczewska, Magda Stolarczyk, Iwona Przepiórka, Artur Stolarczyk; Warszawa
5. Ryzyko osteoporozy, a aktywność fizyczna wśród osób starszych
Joanna Androsiuk–Perkowska, Radosław Perkowski, Agnieszka Kujawska, Małgorzata Gajos, Sławomir Kujawski, Weronika Topka, Alicja Marzec, Marcin Kozuchowski, Agnieszka Kudanowska; Bydgoszcz
6. Ćwiczenia stopy i stawu skokowego stosowane w programach ćwiczeń u osób starszych
Agnieszka Gołąb, Kraków
7. Wpływ 8–tygodniowego treningu Nordic Walking na subiektywną ocenę sprawności fizycznej i lęku przed upadkiem u kobiet po 60 roku życia
Izabela Staszczak–Gawelda, Szymon Podsiadło, Joanna Stożek, Marek Żak, Kraków
8. Poziom aktywności fizycznej oraz jej wpływ na jakość życia u pracowników straży pożarnej
Ewelina Grabska, Anna Brząk, Andrzej Knapik, Katowice
9. Oddziaływanie rezonansem stochastycznym w reedukacji lokomocji u osób ze stwardnieniem rozsianym – studium przypadku
Mateusz Bartczyk, Andrzej Suchanowski, Łódź
10. Psychospołeczne aspekty aktywności fizycznej osób z niepełnosprawnością ruchową
Zuzanna Stawikowska; Warszawa
11. Poziom wiedzy o autyzmie wśród studentów fizjoterapii i jego znaczenie dla procesu rehabilitacji dziecka z ASD
Piotr Poniewierski, Anna Kostiukow, Wojciech Strzelecki, Włodzimierz Samborski; Poznań
12. Ocena codziennego funkcjonowania dzieci z przepukliną oponowo–rdzeniową w opinii badanych dzieci w stosunku do ich rodziców
Patrycja Perużyńska; Poznań
13. Występujące przetrwałe odruchy pierwotne jako przejawy niedojrzałości neuromotorycznej u dzieci – przegląd piśmiennictwa
Sara Górna, Ewa Gieysztor, Anna Maria Choińska; Wrocław

14. Wpływ stosowania chodzików na rozwój funkcjonalny dzieci – badanie ankietowe
Dagmara Pikulska, Natalia Kapska, Marta Kaniowska, Bartłomiej Bykowski, Marta Darcz, Weronika Ekwińska, Emilia Stachowiak; Poznań
15. Obuwie noszone przez dzieci w wieku przedszkolnym jako czynnik ryzyka występowania wad stóp
Michalina Cimoch; Katowice
16. Wpływ czasu korzystania ze sprzętu elektronicznego na ruchomość kręgosłupa dzieci w wieku przedszkolnym
Olga Bujnowska; Katowice
17. Wiek i BMI a poczucie wartości własnego ciała u młodzieży oraz konsekwencje w ich postawach wobec aktywności fizycznej
Ewelina Bartocha, Magdalena Szynal, Anna Górecka; Katowice
18. Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa L–S w populacji osób studiujących fizjoterapię z oceną ich codziennego funkcjonowania
Weronika Pluta, Poznań
19. Wpływ ćwiczeń metodą Pilates na aktywację oraz wzmocnienie siły i wytrzymałości kompleksu biodrowo–lędźwiowo–miednicznego u studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Honorata Franus, Anna Sobianek, Maciej Janiszewski; Warszawa
20. Wpływ ćwiczeń z Pilates na zmniejszenie dolegliwości bólowych w kręgosłupie oraz na poprawę mobilności i siły mięśni tułowia
Marianna Olędzka; Warszawa
21. Wpływ fizjoterapii u kobiet ciężarnych na zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa w czasie trwania ciąży oraz po porodzie
Marianna Olędzka, Warszawa
22. Czy aplikacja KinesioTaping ma wpływ na rozstęp mięśni prostych brzucha? Badanie pilotażowe
Justyna Botór; Wrocław
23. Metoda Snoezelen – jako forma terapii w leczeniu przewlekłego bólu u pacjentów onkologicznych
Klaudia Bednarek, Joanna Matla, Bartłomiej Ptaszek; Kraków
24. Sposoby walki z obrzękiem limfatycznym po mastektomii
Klaudia Boch, Krystyna Gawlik, Paulina Puś, Joanna Jutrzenka–Jesion; Piła
25. Uzupełniające metody fizjoterapii w leczeniu chorób psychosomatycznych o podłożu stresowym – przegląd literatury
Natalia Toryfter, Paulina Golawska, Aleksandra Niedźwiecka, Amanda Maria Augustynik; Białystok

TEMATYKA WARSZTATÓW

SOBOTA – 21 kwietnia 2018

Wszystkie warsztaty praktyczne odbywają się w Zakładzie Rehabilitacji
w Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnym WUM
ul. Księcia Trojdena 2g

1. **Temat: Jak „rozpuścić” zamrożony bark? Projekt Masaż**

Prowadzący: mgr Marcin Zarzeźbowski

Godz.: 8:00–10:00

Miejsce: 2.12

Praca z barkiem nie musi być skomplikowana. Podczas warsztatu poznamy techniki ułatwiające uruchomienie zamrożonego barku.

2. **Temat: Wstęp do metody masażu tkanek głębokich. Obręcz barkowa – integracja napięć.**

Czytanie ciała, palpacja, wybrane techniki i narzędzia.

Prowadzący: mgr Krzysztof Kuch

Godz.: 8:00–16:00

Miejsce: 1.05

8:00–10:00 Blok I

10:00–10:15 przerwa kawowa

10:15–12:00 Blok II

12:00–13:00 przerwa lunchowa

13:00–14:30 Blok III

14:30–14:45 przerwa kawowa

14:45–16:00 Blok IV

3. **Temat: Diagnostyka różnicowa kręgosłup szyjny, a kończyna górna.**

Terapia wybranych patologii.

Prowadzący: mgr Rajmund Tomczakowski

Godz.: 8:30–12:00

Miejsce: 1.07

1. Klasyfikacja zespołów bólowych kręgosłupa i kończyn.

2. Protokoły diagnostyczne.

3. Badanie pacjenta.

4. Pokaz możliwości terapii wybranych zespołów bólowych: zespół derangement kręgosłupa szyjnego, zespół derangement barku, łokieć tenisisty, cieśń kanału nadgarstka).

Czas: 2x po 90 min z przerwą 20–30 min

4. **Temat: „Czy można efektywnie ocenić i aktywować system toniczny sportowca przy pomocy narzędzi Funkcjonalnej Terapii Manualnej– FTM?” IPA Poland**

Prowadzący: mgr Paweł Laskowski

Godz.: 9:00–11:00

Miejsce: 2.11

Podczas warsztatów będziemy oceniać stan systemu tonicznego uczestników, używając narzędzi FTM. W przypadku dysfunkcji, bądź braku funkcji optymalnej, ocenimy różne czynniki mające wpływ na funkcjonowanie systemu tonicznego oraz sposoby poprawy funkcji przy użyciu systemu FTM.

5. **Temat: Zastosowanie metody Pilates w treningu sportowym**

Prowadzący: mgr Anna Sobianek

Godz.: 9:00–11:00

Miejsce: 2.24/26

Ćwiczenia fizyczne według metody Josepha Pilatesa mają na celu wzmocnienie i uelastycznienie wszystkich mięśni ciała. Natomiast podstawą ćwiczeń Pilatesa jest świadoma aktywizacja kompleksu biodrowo–łędźwiowo–miednicznego. Z tego powodu metoda Pilatesa znajduje swoje zastosowanie w treningu sportowym, rekreacyjnym, a także w fizjoterapii – szczególnie polecany dla pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

6. **Temat: Badanie i rehabilitacja w urazach mięśni tylnej grupy uda**

Prowadzący: dr n. o zdr. Joanna Jaczewska–Bogacka

Godz.: 10:00–11:30

Miejsce: 2.12

Urazy mięśni tylnej grupy uda są bardzo częstymi kontuzjami nękającymi sportowców. W trakcie warsztatu będą mieli Państwo możliwość poznania badania i terapii pacjentów dotkniętych tym problemem.

7. **Temat: Osteopatia sportowa – Release, Mobility & Control OSD Polska**

Prowadzący: D.O. Jan Canjé

Godz.: 11:15–13:15

Miejsce: 2.11

Opieka osteopatyczna nad sportowcami wyczynowymi oraz osobami, które pragną na stałe związać się ze sportem wymaga połączenia osteopatii z najbardziej aktualnymi osiągnięciami z dziedziny nauki i praktyki treningu. Podczas warsztatu zostanie zaprezentowana i pokazana praktycznie sprawdzona koncepcja „Release, Mobility & Control”. Stanowi ona udany przykład łączenia diagnostyki osteopatycznej i uwalniania dysfunkcji strukturalnych z osiągnięciem kontroli i stabilności za pomocą treningu.

8. **Temat: Gdy sportowa droga jest skomplikowana bardziej niż zwykle... Relacja fizjoterapeuta – zawodnik z perspektywy psychologii sportu**

Prowadzący: mgr Tomasz Kurach

Godz.: 13:30–15:30

Miejsce: 1.07

Podczas warsztatu pochylimy się nad wykorzystaniem wiedzy z zakresu psychologii sportu w kontekście pracy fizjoterapeutycznej ze sportowym klientem. Wspólnie zastanowimy się, czy i w jaki sposób fizjoterapeuta może wspierać swojego pacjenta w trudnych sytuacjach związanych m.in. z kontuzją lub porażką. Spróbujemy wskazać, jakie zagadnienia z zakresu psychologii sportu mogą być pomocne, chcąc wspierać swojego klienta i pomagać mu utrzymać wysoki poziom cierpliwości i motywacji do dalszych treningów.

9. **Temat: „Nowoczesne formy terapii w fizjoterapii sportowej” RockTape Polska**

Prowadzący: mgr Grzegorz Skorus

Godz.: 11:45–13:45

Miejsce: 2.12

Podczas warsztatu uczestnicy poznają charakterystykę nowoczesnych form terapii powięzi takich jak manipulacja tkanek miękkich z wykorzystaniem narzędzi IASTM, flossing, kinesiology taping. Nie zabraknie również testów diagnostycznych, testów długości taśm anatomicznych na przykładzie Anatomy Trains oraz w jaki sposób przeprowadzić terapię dysfunkcji napięciowej.

WYKŁADY NA ZAPROSZENIE

WYKŁAD INAUGURACYJNY

Prof. dr hab. med. Artur Mamcarz

„Medycyna w służbie sportu (?) – jak to rozumiem?”

Medycyna sportowa jako gałąź wiedzy i stosunkowo wąska specjalizacja medyczna jest przez większość osób postrzegana przede wszystkim jako medycyna urazów sportowych, czasem także przez pryzmat przygotowania zawodnika do osiągnięcia najlepszego wyniku, poszukiwania konkretnych rozwiązań medycznych w kłopotcie czy wreszcie genów „zwycięstwa”.

Tymczasem to w rzeczywistości bardzo rozbudowana, wielokierunkowa, uniwersalna część współczesnej medycyny, która zajmuje się zarówno fizjologią wysiłku fizycznego, jak i zespołami przetrenowania, psychologią medyczną, poprzez praktycznie wszystkie gałęzie wiedzy (ortopedia, chirurgia, diabetologia, kardiologia, pediatria, neurologia, psychiatria, fizjoterapia i wiele, wiele innych).

Lekarz sportowy, fizjoterapeuta, psycholog czy dietetyk są jest oczywiście w służbie sportowca, ale ta służba rozumiana jest i powinna być rozumiana nadal w sposób jednoznaczny.

Z jednej strony chcemy, aby organizm zawodnika był przygotowany optymalnie do ekstremalnych wysiłków, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Chcemy, aby radził sobie z niezwykle, niespotykanymi w codziennym życiu obciążeniami w obu tych obszarach.

Z drugiej zaś strony nie możemy jako lekarze i pozostali pracownicy zaangażowani w służbę sportowcom akceptować przekraczania medycznych granic (a one są często w sporcie istotnie przekraczane), nie możemy podlegać presji wyniku, akceptować nacisków, pozwalać na stosowanie metod, które są niedozwolone, czy balansują na granicy standardów etycznych. W sporcie zdarzają się przecież tragedie, to ciężkie obrażenia, depresje, to wreszcie nagłe zgony na boisku.

Musimy mieć wobec tego na uwadze wyłącznie „interes medyczny sportowca” i o tym właśnie przywołując przede wszystkim kwestie kardiologiczne – główny obszar moich zainteresowań opowiem Państwu w wykładzie otwierającym kolejną, XII Wiosnę z Fizjoterapią poświęconą roli fizjoterapii we współczesnym sporcie.

WYKŁAD JUBILEUSZOWY

Dr n. med. Andrzej Bugajski

„80–lecie medycyny sportowej w Polsce”

Udział grupy polskich lekarzy i naukowców w Kongresie FIMS (*International Federation of Sports Medicine*) w Berlinie w lipcu 1936 r. stał się impulsem do powołania organizacji lekarzy sportowych w Polsce.

Pierwszy Zjazd Polskich Lekarzy Sportowych, połączony z powołaniem Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych (SLS), odbył się w dniach 10–16 lutego 1937 r. w Worochcie, stolicy sportów zimowych II RP. Pierwszym przewodniczącym Zarządu SLS został doc. dr Gustaw Szulc, dyrektor Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie. Doc. dr Władysław Dybowski, członek Zarządu FIMS został wiceprzewodniczącym Zarządu.

Drugi Zjazd Naukowy Polskich Lekarzy Sportowych odbył się w Zakopanem w lutym 1939 r. W latach 1928–1937 polscy lekarze regularnie brali udział w pracach FIMS.

Po drugiej wojnie światowej, już w styczniu 1947 r. z inicjatywy dr Juliusza Majkowskiego odbyło się zebranie reaktywujące SLS.

Kolejne Zjazdy odbyły się w Warszawie (1948, 1950, 1951), Poznaniu (1953), Krakowie (1957), Wrocławiu (1959) i Łodzi (1961).

Naturalne związki medycyny sportowej z innymi dziedzinami medycyny uzasadniały rozszerzenie formuły członkowskiej Stowarzyszenia i przekształcenie go w Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej (PTMS). Do formalnego przekształcenia doszło w wyniku uchwały IX Zjazdu SLS w Łodzi w listopadzie 1961 r. Zmiana organizacyjna, jaka nastąpiła w wyniku przekształcenia SLS na PTMS odpowiadała stanowi rozwoju polskiej myśli lekarskiej, związane z wykorzystywaniem osiągnięć innych dyscyplin lekarskich w teorii i praktyce sportowo–lekarskiej. Pierwszym prezesem PTMS został wybitny fizjolog prof. Włodzimierz Missiurow.

Powołana przed osiemdziesięciu laty organizacja polskich lekarzy sportowych w Worochcie, pod nazwą Stowarzyszenie Lekarzy Sportowych, przekształcona w 1961r. w Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej odegrała doniosłą rolę w:

- a) rozwoju i poznawaniu naukowych podstaw procesów fizjologicznych i patologicznych, jakie dokonują się w organizmie człowieka pod wpływem wysiłku fizycznego lub jego braku;
- b) ochronie zdrowia osób biorących udział w sporcie, zajęciach rekreacyjnych i wychowaniu fizycznym; profilaktyce chorób przewlekłych;
- c) leczeniu chorób będących następstwem aktywności fizycznej.

Z okazji 80–lecia medycyny sportowej w Polsce w październiku 2017 roku we Wrocławiu odbył się XXXII Międzynarodowy Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej pod hasłem – „**80–lecie medycyny sportowej w Polsce – wyzwania na przyszłość**”.

Dzisiaj PTMS jest członkiem International Federation of Sports Medicine – FIMS, European Federation of Sports Medicine Association – E.F.S.M.A, a prof. dr hab. med. Anna Jegier od listopada 2017 r. jest wiceprezesem E.F.S.M.A.

WYKŁAD „MISTRZA”

Dr Tomasz Stengert

„Zastosowanie metody McKenziego w fizjoterapii pacjentów z dysfunkcjami przeciążeniowymi narządu ruchu związanymi z uprawianiem sportu”

Przeciążenia narządu ruchu u osób uprawiających sport związane są z samą aktywnością sportową i treningiem, ale także ze sposobami odpoczynku po zawodach, czy treningu i wreszcie narząd ruchu narażony jest na przeciążenia wynikające z różnych czynności dnia codziennego, w tym czynności zawodowych. Mogą one być nagle, najczęściej dynamiczne, rzadziej statyczne i mogą być też przewlekłe, często sumujące się w czasie.

Skutkami tych przeciążeń są różnego typu patologiczne zmiany tkankowe w obrębie kręgosłupa, a także kończyn górnych i dolnych. Te z kolei prowadzą do ostrych i przewlekłych zespołów bólowych oraz do ograniczeń funkcjonalnych.

Zadaniem fizjoterapeuty jest odpowiedź na trzy zasadnicze pytania:

- z której części narządu ruchu pochodzi ból?
- czy ten ból wynika z drażnienia mechanicznego, czy chemicznego (zapalnego)?
- z jakim rodzajem zaburzenia mechanicznego mamy do czynienia ?

Mechaniczne Diagnozowanie i Terapia (MDT) McKenziego w postępowaniu diagnostycznym posługuje się wystandaryzowanymi protokołami diagnostycznymi: kręgosłupa szyjnego, kręgosłupa piersiowego, kręgosłupa lędźwiowego, kończyny górnej oraz kończyny dolnej. W diagnostyce bazuje na znajomości wzorców objawów oraz na analizie zachowania się bólu i mechaniki kręgosłupa i kończyny zarówno w wywiadzie, jak i badaniu przedmiotowym. Specyficznym dla metody jest test powtarzanymi ruchami, który jest zasadniczym narzędziem służącym do analizy zmienności bólu i mechaniki w trakcie badania przedmiotowego. Wielokrotnie reakcja narządu ruchu na pojedynczy ruch jest określona, a reakcja na sekwencję powtarzanych może być już zupełnie inna. Metoda jest systemem diagnostyczno–terapeutycznym i w klasyfikacji zespołów bólowych kręgosłupa i kończyn wyróżnia: zespół derangement, zespół dysfunkcyjny (zespół dysfunkcji stawowej i zespół dysfunkcji tkanek kurczliwych), zespół posturalny i grupę inne.

Zespół derangement to ten kliniczny zespół bólowy, który związany jest z zaburzeniem wzajemnego układu (uszkodzeniem lub/i przemieszczeniem) struktur wewnątrzstawowych.

Zespół dysfunkcyjny to ten kliniczny zespół bólowy, który związany jest z przeciążeniem pozycją końcowego zakresu ruchu tkanek zmienionych patologicznie.

Zespół posturalny to ten kliniczny zespół bólowy, który związany jest z długotrwałym przeciążeniem pozycją końcowego zakresu ruchu tkanek nie zmienionych patologicznie.

Należy w szczególności pamiętać, aby zawsze z należytą uwagą przeprowadzić diagnostykę różnicową kręgosłup–kończyna, a także by z dużą starannością potwierdzić, bądź wykluczyć zespół derangement.

W terapii metoda wykorzystuje wszelakie środki mechaniczne: specyficzne ćwiczenie, ćwiczenie z tzw. autodociskiem, ćwiczenie z dociskiem terapeuty, mobilizację i jedynie w niezwykle rzadkich sytuacjach manipulację, czasem wreszcie trakcję. Olbrzymi nacisk metoda kładzie na edukację pacjenta i profilaktykę. Celem nadrzędnym jest zapobieganie nawrotom zespołów bólowych. Leczenie zespołu derangement składa się z czterech etapów: redukcja, utrzymanie redukcji, przywrócenie pełnej funkcji, profilaktyka i zapobieganie nawrotom. Postępowanie w zespole dysfunkcyjnym polega na przemodelowaniu zmienionych patologicznie tkanek, które wymaga wielu tygodni, a czasem miesięcy, jak to bywa w przypadku dysfunkcji tkanki kurczliwej, w terapii której w różnych okresach wykorzystuje się ćwiczenia rozciągające, izometryczne, izometryczne z oporem, koncentryczne, koncentryczne z oporem, ekscentryczne, ekscentryczne z obciążeniem. Terapia zespołu posturalnego to głównie edukacja.

DYSKUSJA OKRĄGŁEGO STOŁU

Przewodniczący: dr Hubert Krysztofiak

„Rola, zadania i miejsce fizjoterapii we współczesnym sporcie”

dr n. med. Hubert Krysztofiak – lekarz medycyny sportowej, Przewodniczący Komisji Medycznej PKOl, Dyrektor Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej, Szef Misji Medycznej na Igrzyskach Olimpijskich w Pekinie 2008, Vancouver 2010, Londynie 2012, Soczi 2014, Rio de Janeiro 2016 i Pjongczang 2018

dr hab. n. o k. f. Jakub Adamczyk, prof. AWF w Warszawie – pracownik naukowo-dydaktyczny AWF Warszawa i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Autor ponad 100 publikacji, głównie z zakresu teorii treningu sportowego, termografii, fizjoterapeutycznych metod wspomagania wysiłku fizycznego. Członek Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Termograficznej w Medycynie i European Association of Thermology. Wykładowca na wielu kursach, szkoleniach i konferencjach. Trener lekkiej atletyki i Mistrz Świata Masters w biegu na 400 m ppł.

dr n. o k. f. Dariusz Boguszewski – doktor nauk o kulturze fizycznej, trener judo, instruktor boks, ju-jitsu, kulturystyki, lekkoatletyki i zapasów. Specjalista odnowy biologicznej, masażu leczniczego i sportowego. Autor i współautor ponad 120 pełnotekstowych publikacji naukowych z zakresu nauk o kulturze fizycznej i nauk o zdrowiu. Adiunkt w Zakładzie Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

dr n. med. Jarosław Krzywański – absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Specjalista chorób wewnętrznych i medycyny sportowej. Kierownik „Centrum Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej” Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej. Konsultant wojewódzki z dziedziny medycyny sportowej. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej. Szef Zespołu Medycznego Polskiego Związku Lekkiej Atletyki. Od 2009 roku jest członkiem Komisji Medycznej Polskiego Komitetu Olimpijskiego. Uczestniczył w Misji Medycznej podczas 8 ostatnich letnich i zimowych igrzysk olimpijskich.

mgr Andrzej Ochal – Wykładowca w Zakładzie Rehabilitacji przedmioty: Kształcenie Umiejętności Ruchowych i Sport osób niepełnosprawnych; od 2009 roku II trener w kadrze Polski osób niepełnosprawnych w tenisie stołowym - trener na Igrzyskach Paraolimpijskich Londyn 2012 i Rio de Janeiro 2016; od lutego 2018 r. p.o. Trener Główny kadry Polski osób niepełnosprawnych w tenisie stołowym

dr n. med. Remigiusz Rzepka – absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach z tytułem magistra z rehabilitacji oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z tytułem doktora nauk medycznych w obszarze fizjoterapii. Trener przygotowania fizycznego Reprezentacji Polski w piłce nożnej od 2011 roku. Posiada bogate doświadczenie w zakresie oceny fizjoterapeutycznej, funkcjonalnej i motorycznej sportowców, m.in. reprezentacji narodowej w koszykówce, siatkówce, futsalu, piłki nożnej, drużyn ekstraklasy.

mgr Tomasz Wiliński – Absolwent Wydziału Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Koordynator ds. fizjoterapii Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, osobisty terapeuta Tomasa Majewskiego (pchnięcie kulą); założyciel Centrum Rehabilitacji Sportowej

dr n. biol. Zbigniew Wroński – ukończył Wydział Rehabilitacji AWF w Warszawie, Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów ds. Nauki i Edukacji, ze sportem związany od zawsze - hobby żeglarstwo

SESJA I

Fizjoterapia w medycynie sportowej i sporcie

Moderatorzy:

dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski – Przewodniczący

dr n. med. Andrzej Bugajski

dr n. med. Hubert Krysztofiak

dr n. med. Remigiusz Rzepka

1.

Marta Czechowska

WPLYW ROLOWANIA NA REGENERACJĘ POWYSILKOWĄ

II Wydział Lekarski

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Na przestrzeni ostatnich lat wzrosło zainteresowanie wszelkiego rodzaju aktywnością fizyczną. Co wymusiło rozwój wszelkiego rodzaju metod wspierających właściwe przygotowanie do wysiłku oraz zapobieganie negatywnym skutkom tuż po nim. Podczas wysiłku nasze włókna mięśniowe doznają mikrourazów, spada temperatura mięśni oraz wzrasta poziom kwasu mlekowego. Postanowiono sprawdzić czy rolowanie wpływa na szybkość regeneracji. Rolowanie strukturalne może się wydawać trudne jedynie z nazwy. Jest to proste i uniwersalne działanie na tkanki, a jedyne czego potrzebujemy to rolka i kawałek prostej nawierzchni. Rolka (ang. foam roller) jest to przyrząd w kształcie walca, o różnych stopniach twardości służący do automasażu oraz łagodzenia napięcia i ogólnej poprawy samopoczucia. Może być przydatna do oceny diagnostycznej, jako element pozwalający na wynajdowanie miejsc o zwiększonym napięciu oraz ograniczonej ruchomości powięzi względem mięśni. W pracy przedstawiono metodę rolowania przy pomocy rolki gładkiej i karbowanej.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 22 mężczyzn, od 20 do 38 roku życia. Badani byli podzieleni na dwie grupy. W pierwszej grupie zastosowano rolowanie wałkiem gładkim, w drugiej grupie karbowanym. Średnia waga mężczyzn wynosiła 82 kg przy średnim wzroście 182 cm. Badani są osobami aktywnymi, trenującymi średnio 3 razy w tygodniu. W pierwszej kolejności osoba badana miała wykonane zdjęcie termowizyjne kończyn dolnych, następnie wykonywała pełny przysiad z wyskokiem w jak najszybszym tempie. Po wysiłku ponownie zostało wykonane zdjęcie termowizyjne oraz pomiar kwasu mlekowego z krwi. Po badaniu następowało rolowanie. Cykl obejmował 30 pełnych ruchów na każdą partię mięśniową. Rozpoczynając od m. brzuchatego łydki, następnie mięśnie grupy kulszowo-goleniowej, mięsień czworogłowy, grupa przywodzicieli, pasmo biodrowo-piszczelowe oraz mięsień pośladkowy. Po rolowaniu badany miał wykonane zdjęcie termowizyjne, następnie odpoczywał 20 min. W 30 min miał wykonane ponownie zdjęcie termowizyjne i pomiar kwasu mlekowego.

Wyniki: Zanotowano istotny spadek temperatury mięśni po skokach, następnie przywracanie krążenia w kolejnych minutach. Zanotowano istotny spadek kwasu mlekowego po 30 minutach w grupie osób stosujących metodę rolowania. Nie odnotowano różnic termalnych oraz zwiększonego tempa regeneracji ze względu na rodzaj wałka

Wniosek: 1. Obydwie formy rolowania przyspieszyły regenerację w porównaniu do grupy pasywnej. 2. W zakresie DOMS rolowanie może powodować większe dolegliwości w 24 h, a w kolejnych dobach (szczególnie 72 h i 96) widać korzystną zmianę u badanych poddanych zabiegowi.

2.

Agata Szymańska

WPLYW AUTOMASAŻU WAŁKIEM NA REDUKCJĘ OPÓŹNIONEJ BOLESNOŚCI MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO UDA PO TRENINGU TABATA

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Opiekun naukowy pracy: dr n. o k. f. Dariusz Boguszewski

Wstęp i cel pracy: Opóźniona bolesność mięśni (DOMS) rozwija się zazwyczaj kilka godzin po intensywnym wysiłku (szczególnie po treningu ekscentrycznym lub izometrycznym). Celem pracy była ocena wpływu automasażu wałkiem na łagodzenie opóźnionej bolesności mięśni czworogłowych uda.

Material i metody: W badaniu wzięło udział 26 osób w wieku od 19 do 23 lat, które zostały podzielone losowo na dwie grupy. Grupę 1 (n=14) – badaną stanowiły osoby, które stosowały automasaż wałkiem. Grupa 2 (n=12) – kontrolna obejmowała uczestników badania, u których nie zastosowano żadnego zabiegu. Narzędzie badawcze stanowiła próba MTSF oceniająca moc kończyn dolnych – skok w dal z miejsca, skala oceny bólu (VAS) oraz autorska ankieta. Wszystkie osoby badane wykonały próbę mocy oraz trening mięśni kończyn dolnych w formie 4-minutowego treningu przysiad z wyskokiem wg protokołu Tabaty (czas trwania wysiłku 20 s, czas przerwy 10 s, 8 serii). Po jednym, dwóch i trzech dniach powtórzono sprawdzian mocy i ocenę natężenia bólu. W analizie statystycznej wykorzystano test U Manna–Whitney’a i kolejności par Wilcoxon’a za minimalny poziom istotności przyjmując $p < 0,05$.

Wyniki: Najniższy wynik próby mocy kończyn odnotowano w trzecim pomiarze w Grupie 1 i w drugim – w Grupie 2. Deklarowany poziom bólu w trzecim pomiarze (48 h po wysiłku) był istotnie wyższy ($p < 0,05$) w Grupie 2.

Wniosek: Automasaż wałkiem wpływał na przyspieszenie regeneracji i zwiększenie sprawności badanych mięśni, może być więc skutecznym zabiegiem wspomagającym restytucję powysiłkową.

3.

Kinga Wieczorkiewicz¹, Paulina Ewertowska¹, Aleksandra Zajac¹, Dominik Sitarski², Bartłomiej Gromuł², Zbigniew Trzaskoma³

SIŁA MIĘŚNI KOŃCZYN DOLNYCH OSÓB Z UOGÓLNIĄ HIPERMobilNOŚCIĄ STAWOWĄ, CZYLI TRENOWAĆ CZY NIE TRENOWAĆ?

1. Wydział Rehabilitacji i Kinezylogii, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeciego, Gdańsk
2. Wydział Fizjoterapii, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, Olsztyn
3. Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa

Wstęp i cel pracy: Uogólniona hipermobilność stawowa (UHS) jest zazwyczaj spotykana u osób uprawiających gimnastykę artystyczną, lekkoatletykę i taniec. Badanie siły mięśni zginających (Z) i prostujących (P) kończynę dolną w stawie kolanowym jest często stosowane w ocenie jej funkcjonowania, zarówno w sporcie, jak i do monitorowania procesu rehabilitacji. Celem pracy była ocena siły mięśni Z i P kończynę dolną w stawie kolanowym oraz wskaźnika Z/P u osób z UHS.

Materiał i metody: Badaniem objęto 75 osób w wieku 19–25 lat ($21,1 \pm 1,6$). 32 badanych zakwalifikowano do grupy UHS (23 z i 9 bez przeprostu stawów kolanowych), a 43 do grupy kontrolnej (GK). Badanie siły mięśniowej przeprowadzono na urządzeniu Biodex System PRO3 w warunkach izokinetycznych i izometrycznych.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) w sile mięśni Z i P oraz wskaźnika Z/P u osób z podgrup UHS i w GK ($Z=72,6$ vs $66,7$ vs $76,8$ Nm/kg; $P=137,8$ vs $135,8$ vs $147,7$ Nm/kg; $Z/P=0,53$ vs $0,51$ vs $0,51$) w warunkach izokinetycznych. W warunkach izometrycznych również nie zaobserwowano istotnych różnic ($p > 0,05$) między porównywanymi grupami ($Z=102,5$ vs $102,3$ vs $116,6$ Nm/kg; $P=173,9$ vs $168,7$ vs $184,2$ Nm/kg; $Z/P=0,59$ vs $0,61$ vs $0,64$). Zbliżone wartości siły mięśniowej stwierdzono dla kończyny dolnej dominującej i niedominującej czynnościowo.

Wniosek: Mimo występującej tendencji do uzyskiwania niższych wartości siły mięśni Z i P kończynę dolną w stawie kolanowym u osób z UHS, nie różnią się oni pod względem tej cechy od osób zdrowych.

4.

Marta Lewandowska, Jurand Słoniewicz

INDEKS SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ OCZAMI TRENERA ORAZ FIZJOTERAPEUTY. JAKICH INFORMACJI DOSTARCZA TEST ZUCHORY?

Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki im. Haliny Konopackiej w Pruszkowie;
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Opiekun naukowy pracy: dr Katarzyna Pec

Wstęp i cel pracy: Test Zuchory (ISF, Indeks Sprawności Fizycznej) stanowi formę sprawdzianu sprawności fizycznej dla osób w wieku od 6 do około 70 r.ż. Test składa się z 6 prób (szybkości, skoczności, siły ramion, gibkości, siły mięśni brzucha oraz wytrzymałości), których wykonanie daje możliwość określenia poziomu różnych zdolności motorycznych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Łatwość wykonania oraz niskie wymagania sprzętowe sprawiły, że ISF jest obecnie testem powszechnie używanym do okresowej oceny sprawności fizycznej, szczególnie wśród dzieci. Celem niniejszej pracy było: (1) porównanie poziomu sprawności fizycznej dzieci regularnie biorących udział w dodatkowych zajęciach sportowych oraz dzieci nie wykazujących pozaszkolnej aktywności fizycznej; (2) przedstawienie interpretacji wyników, a także możliwych działań ze strony trenera/nauczyciela oraz fizjoterapeuty w celu poprawy poziomu sprawności fizycznej podopiecznych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w grupie 36 chłopców w wieku 9 lat. Pierwsza grupa 18 dzieci nie wykazywała dodatkowej, pozaszkolnej aktywności fizycznej w okresie co najmniej ostatniego roku. Druga grupa 18 dzieci regularnie uczestniczyła w zajęciach piłki nożnej prowadzonych w „KS Polonez”. W obu grupach przeprowadzono ISF zgodnie z obowiązującą metodyką. Każda z prób została oceniona wg 6-punktowej skali w zależności od uzyskanego przez osobę badaną wyniku: 1 – wynik minimalny, 2 – dostateczny, 3 – dobry, 4 – bardzo dobry, 5 – wysoki, 6 – wybitny. O końcowej ocenie stanowiła suma uzyskanych punktów ze wszystkich prób.

Wyniki: Średnia suma punktów uzyskanych ze wszystkich prób wyniosła odpowiednio: w grupie 1 – 12,33 pkt, w grupie 2 – 17,00 pkt. Najniższy osiągnięty wynik: w grupie 1 – 8 pkt, w grupie 2 – 12 pkt. Najwyższy osiągnięty wynik: w grupie 1 – 16 pkt, w grupie 2 – 22 pkt. Dzieci z grupy 2 uzyskały znacząco wyższy wynik w próbach szybkości, skoczności, gibkości i wytrzymałości. Niewielkie różnice między grupami obserwuje się w przypadku próby siły ramion oraz siły mięśni brzucha.

Wnioski: Dzieci regularnie uczestniczące w dodatkowych zajęciach sportowych pod opieką trenera cechuje wyższa sprawność fizyczna w porównaniu z rówieśnikami niewykazującymi pozaszkolnej aktywności fizycznej. Różnice nie dotyczą jednak siły mięśni brzucha oraz ramion. Wydaje się wskazane potwierdzenie wyników badania na większej grupie uczestników oraz porównanie wyników uzyskanych przez dzieci uczestniczące w zajęciach piłki nożnej z dziećmi uczestniczącymi w zajęciach z innych dyscyplin sportowych w celu wykazania, która z nich wiąże się z największym wzrostem sprawności fizycznej. Współpraca trenera oraz fizjoterapeuty pozwala spojrzeć na wyniki ISF z szerszej perspektywy i może przełożyć się na bardziej kompleksowe postrzeganie podopiecznych umożliwiające podjęcie odpowiednich działań prowadzących do zwiększenia sprawności fizycznej.

5.

Natalia Bała¹, Anna Sobianek², Maciej Janiszewski², Artur Stolarczyk¹

PORÓWNANIE SPORTÓW WALKI NA PRZYKŁADZIE JUDO I KARATE SHORIN-RYU POD WZGLĘDEM WYBRANYCH PARAMETRÓW ANTROPOMETRYCZNYCH I STANU FUNKCJONALNEGO OCENIANEGO TESTEM FMS

1. Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Klinicznej i Biomechaniki przy Zakładzie Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Judo i karate są sztukami walki, w których trening sportowy stanowi podstawę nauczania. Podobieństwa i różnice między tymi sztukami walki, sprawiają, że stały się przedmiotem wielu badań naukowych. Celem pracy było porównanie tych sztuk walki pod względem wybranych parametrów antropometrycznych i stanu funkcjonalnego ocenianego testem FMS.

Material i metody: Badaniami objęto po 20 zawodników judo i karate Shorin-ryu. Mężczyźni byli w wieku 18–25 lat ze stażem treningowym 10–15 lat. Do oceny funkcjonalnej zawodników posłużono się testem Functional Movement Screen (FMS). Jako narzędzie dodatkowe zastosowano wagę TANITA BC-420 MA S, wskaźnik WHR (Waist-Hip Ratio) i autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Wykazano istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy wynikami judo a wynikami karate uzyskanych w testach FMS: przeniesienia kończyny dolnej nad poprzeczką ($p = 0,018$), przysiadu w wyroku ($p = 0,005$), ugięcia ramion w podporze ($p = 0,027$), stabilności rotacyjnej ($p = 0,016$), wynikiem ogólnym FMS ($p = 0,002$) oraz w współczynniku WHR ($p = 0,012$). Judocy mieli niższą procentową zawartość tkanki tłuszczowej (14,43%) oraz większą masę mięśniową (60,25 kg).

Wnioski: Trening judo lepiej przygotowuje zawodników pod kątem ogólnorozwojowym. Konieczność utrzymywania wagi ciała na konkretnym poziomie wpływa pozytywnie na poszczególne parametry antropometryczne u zawodników judo. Dotychczasowe prowadzenie treningów judo i karate nie wpływało pozytywnie na wzmocnienie mięśni głębokich tułowia.

6.

Łukasz Magnuszewski, Justyna Kackiolo, Paulina Kulikowska

WPLYW CZASU STATYCZNEGO ROZCIĄGANIA NA ZAKRES ZGIĘCIA W STAWIE BIODROWYM

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp i cel pracy: Efektywność procedur rozciągających wpływających na poprawę zakresu ruchu i ich wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych jest tematem ciąglego zainteresowania badaczy. Literatura dotycząca różnych metod rozciągania jest obszerna, niestety wraz z uszczegółowieniem rodzaju i poszczególnych parametrów rozciągania jej dostępność znacznie się zmniejsza. Nie ma też jednoznacznych standardów co do czasu aplikacji statycznego rozciągania. Głównym celem badania było zweryfikowanie, czy czas statycznego rozciągania mięśni z grupy kulszowo–goleniowej wpływa na zwiększenie się zakresu ruchu zgięciaw stawie biodrowym.

Material i metody: Grupę badaną stanowiło 50 studentów nie uprawiających wyczynowo żadnego sportu. Średni wiek grupy wynosił 20,84 lat. Rozciąganie 1–minutowe i 5–minutowe zostało przeprowadzone u tych samych osób, by całkowicie wyeliminować wpływ osobniczych zmienności budowy organizmu. Rozciąganie było wykonywane na zasadach testu unoszenia prostej nogi do góry (ang. straight leg raise) – (SLR) za pomocą nierozciągliwego pasa. Pomiar zakresu ruchu zgięcia w stawie biodrowym z wyprostem w stawie kolanowym wykonywany był standardowym goniometrem oraz bezpłatną aplikacją na telefon „Goniometer Records”. Badania obejmowały także ocenę dolegliwości bólowych z wykorzystaniem wizualnej skali analogowej (VAS). Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica 13.1.

Wyniki: Uzyskano poprawę zakresu zgięcia w stawie biodrowym dla obu nóg stosując zarówno rozciąganie 1–minutowe jak i 5–minutowe. Wartości średniego zakresu ruchu zgięcia w stawie biodrowym uzyskane po 5–minutowym rozciąganiu był istotnie statystycznie większe, niż po 1–minutowym rozciąganiu.

Wnioski: Zastosowany schemat rozciągania statycznego mięśni kulszowo–goleniowych okazał się skuteczny. Zarówno 1–minutowe jak i 5–minutowe rozciąganie poprawiło zakresu ruchu zgięcia w stawie biodrowym. Stosowanie 5–minutowego rozciągania jest wskazane u osób z ograniczonym zakresem zgięcia w stawie biodrowym

SESJA II

Aktualne kierunki rozwoju fizjoterapii i rehabilitacji

Moderatorzy:

prof. dr hab. n. med. Jerzy Kiwerski – Przewodniczący
dr hab. n. med., prof. NIGRiG Krystyna Księżopolska–Orłowska,
dr n. med. Marek Kiljański
dr hab. n. o k. f., prof. PO Jan Szczepielniak

1.

Beata Czechowska, Katarzyna Michalak, Emil Budny

AKTYWNOŚĆ MIĘŚNIA POPRZECZNEGO BRZUCHA U OSÓB TRENUJĄCYCH I NIETRENUJĄCYCH Z WYKORZYSTANIEM REHABILITATIVE ULTRASOUND IMAGING

Studenckie Koło Naukowe Move-it przy Zakładzie Metodyki Nauczania Ruchu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wstęp i cel pracy: Rehabilitative Ultrasound Imaging (RUSI) stanowi bezpieczne, nieinwazyjne i obiektywne badanie, które może zostać wykorzystane w celu badania głębokich mięśni stabilizujących, które ze względu na swoje położenie są trudne do oceny funkcjonalnej. Celem badania była ocena aktywności mięśnia poprzecznego brzucha, podczas badania w warunkach statycznych i dynamicznych z wykorzystaniem badania ultrasonograficznego, oraz ocena biofeedbacku w aktywności mięśnia poprzecznego brzucha.

Material i metody: W badaniu uczestniczyło 28 zdrowych osób, w tym 17 kobiet i 11 mężczyzn, w wieku od 19 lat do 22 lat. U osób badanych oceniono zmiany grubości mięśnia poprzecznego brzucha podczas spoczynku oraz w czasie aktywności. Aby uzyskać pomiar wykorzystano badanie RUSI. Na podstawie uzyskanych wyników obliczono Współczynnik Aktywacji Mięśnia oraz Procent Zmiany Grubości Mięśnia.

Wyniki: Podczas aktywacji TrA zwiększył swoją grubość średnio o 2,29mm (72,5%) po stronie prawej i 2,1mm (65%) po stronie lewej u kobiet aktywnych fizycznie oraz odpowiednio o 1,37mm (43%) i 1,62mm (49%) wśród kobiet nieaktywnych fizycznie. Podczas aktywacji TrA zwiększył swoją grubość średnio o 2,92mm (60%) po stronie prawej i 2,76mm (65%) po stronie lewej u mężczyzn aktywnych fizycznie oraz odpowiednio o 3,49mm (82%) i 1,97mm (56%) wśród mężczyzn nieaktywnych fizycznie.

Wnioski: 1. RUSI stanowi skuteczną metodę oceny budowy i aktywności mięśnia poprzecznego brzucha w spoczynku i w czasie aktywności. 2. Szerokość mięśnia poprzecznego brzucha zarówno w spoczynku jak i podczas aktywacji wśród mężczyzn jest większa niż wśród kobiet. 3. Uprawianie aktywności fizycznej ma nieodłączny związek ze wzrostem aktywności mięśnia poprzecznego brzucha. 4. Występowanie wad postawy ma wpływ na aktywność TrA.

2.

Karolina Wiaderna¹, Monika Selegrat^{2,3}

OCENA WPŁYWU TECHNIKI ROLOWANIA I FDM NA FUNKCJĘ ODCINKA SZYJNEGO KRĘGOSŁUPA

1. Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji OF II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

2. Zakład Rehabilitacji Oddz. Fizjoterapii II WL, Warszawski Uniwersytet Medyczny

3. Instytut Systemów Elektronicznych, Politechnika Warszawska

Opiekun naukowy pracy: dr n. o zdr. Anna Hadamus

Wstęp i cel pracy: Dyskomfort i ból odcinka szyjnego odczuwa coraz więcej młodych osób. Siedzący tryb życia, brak zachowania prawidłowej ergonomii w pracy i życiu codziennym a także stres powodują przeciążenia tej okolicy. Celem badań było przedstawienie wpływu techniki rolowania i FDM (Fascial Distortion Model) oraz ocena ich działania u osób z dolegliwościami bólowymi i ograniczoną ruchomością odcinka szyjnego kręgosłupa.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 90 studentów w wieku 19–25 lat, u których występował ból i ograniczony zakres ruchu odcinka szyjnego. Badani zostali losowo przydzieleni do trzech grup po 30 osób. Grupa pierwsza (1) została objęta terapią FDM wykorzystując techniki powięziowe (triggerband i herniated triggerpoint) na mięsień czworoboczny. Grupa druga (2) po odpowiednim instruktażu, rolowała się przy ścianie używając rolki Duoball dla odcinka szyjnego. Grupa trzecia (3) stanowiła grupę kontrolną. U każdej z grup wykonano dwukrotnie pomiar zakresu ruchomości z użyciem inklinometru, ocenę bólu skalą VAS oraz badanie napięcia mięśnia czworobocznego pod kontrolą EMG. Wszystkie osoby poproszono także o wypełnienie autorskiej ankiety. Otrzymane wyniki EMG poddano analizie w programie Matlab – skorygowano linię podstawową i wyliczono średnią arytmetyczną dla wartości bezwzględnych sygnału. Wszystkie dane liczbowe poddano analizie statystycznej w programie Statistica 13.1 wykorzystując nieparametryczny test kolejności par Wilcoxon.

Wyniki: W grupach 1 i 2, w których zastosowano interwencję terapeutyczną stwierdzono istotne zmniejszenie dolegliwości bólowych: w grupie 1 z 4,0 do 1,1, natomiast w grupie 2 z 3,4 do 2,0 ($p < 0,005$). W grupie 1 nastąpiło zwiększenie zakresu ruchu zgięcia z 51 do 57 oraz wyprostu z 57 do 62 ($p < 0,005$). Podobne zmiany obserwowano w grupie 2, gdzie zgięcie zwiększyło się z 59 do 62 a wyprost z 67 do 74 ($p < 0,01$). W grupie 3 nie obserwowano zmian w zakresie ruchu oraz poziomie dolegliwości bólowych. W żadnej z grup nie odnotowano zmiany spoczynkowego napięcia mięśnia czworobocznego.

Wnioski: 1. Zarówno FDM jak i rolowanie wpływają na poprawę zakresów ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa. 2. Terapia metodą FDM przynosi lepsze efekty w walce z bólem przeciążeniowym niż rolowanie. 3. Rolowanie jako skuteczna forma automasażu może być zalecana pacjentom do wykonywania w domu, jako uzupełnienie trwającego leczenia.

3.

Katarzyna Karbowniczek, Adrianna Stodolna, Marta Zyglewicz, Patryk Wąsowski

OCENA WPŁYWU APLIKACJI KINESIOLOGY TAPINGU VERSUS PLACEBO NA CZUCIE POZYCJI STAWU KOLANOWEGO

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji OF II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Opiekun naukowy pracy: dr n. o zdr. Anna Hadamus

Wstęp i cel pracy: Kinesiology Taping jest bardzo popularną metodą fizjoterapeutyczną, stosowaną często również u zdrowych osób, szczególnie sportowców, w celu pobudzenia mięśni i poprawy osiągnięć. Wielu badaczy twierdzi, że aplikacje te poprawiają również propriocepcję i sprawność sensomotoryczną, które są istotne w zapobieganiu urazom. Celem pracy było określenie wpływu aplikacji mięśniowej Kinesiology Tapingu na czucie pozycji stawu w ruchu czynnym.

Material i metody: Do badania zakwalifikowano 100 zdrowych osób – 46 mężczyzn i 54 kobiety, średnia wieku wynosiła 23 lata (zakres 18–26 lat). Kryterium wyłączenia z badania stanowiły przebyte urazy i operacje stawu kolanowego, mogące wpływać na wynik badania. Uczestnicy zostali podzieleni losowo na dwie równoliczne grupy. Pierwszą grupę stanowiły osoby z nałożoną aplikacją mięśniową KinesiologyTapingu (grupa KT), natomiast u pozostałej części osób użyto aplikacji wykonanej z przylepca tkaninowego z kolorze czerwonym (grupa placebo). Obie aplikacje miały wspomagać działanie mięśnia czworogłowego uda. Oceniano czucie pozycji stawu (JPS) – Error of Active Reproduction of Joint Position (EARJP) w stawie kolanowym w pozycji 45° zgięcia. Próbę wykonano przed nałożeniem plastra, z nałożoną aplikacją, następnie 24 godziny po jej noszeniu oraz po zdjęciu taśm. Odstęp pomiędzy próbami z nałożeniem aplikacji i bez wynosił 30 minut. Analiza statystyczna została przeprowadzona z wykorzystaniem oprogramowania Statistica 13.1. Obliczono charakterystyki rozkładu i wykonano testy kolejności par Wilcoxon, ANOVA Friedmanna oraz U Manna–Whitneya.

Wyniki: W grupie badanej KT i placebo średni wynik testu JPS przed nałożeniem aplikacji KT wynosił odpowiednio 3,39° i 4,57°, po jej nałożeniu wynosił 3,98° i 4,81°, następnie po 24 godzinach pomiar wynosił 4,25° i 3,93°, a po zdjęciu aplikacji 3,95° i 3,95°. Różnice w czasie w żadnej z grup nie były istotne statystycznie. Nie stwierdzono również znamienych różnic międzygrupowych.

Wnioski: 1. Aplikacja mięśniowa KinesiologyTapingu nie miała istotnego wpływu na propriocepcję stawu kolanowego. Jej stosowanie w celu poprawy sensomotoryki wydaje się być zatem nieuzasadnione. 2. Brak różnic pomiędzy aplikacjami KinesiologyTapingu i placebo wskazuje na to, iż działanie kliniczne rozciągliwych taśm jest znikome lub nie występuje. 3. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do kontynuacji prospektywnych, randomizowanych badań z liczniejszą grupą badaną.

4.

Marta Zamarlik

OCENA WPLYWU REGULARNEGO TRENINGU JOGI ORAZ PILATES NA WYBRANE PARAMETRY RÓWNOWAGI

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji OF II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Opiekun naukowy pracy: dr n. med. Sebastian Wójtowicz

Wstęp i cel pracy: Zaburzenia równowagi mogą być przyczyną zwiększonego ryzyka upadków i urazów układu ruchu. W fizjoterapii dużą uwagę zwraca się na poprawę równowagi zarówno u pacjentów usprawnianych z powodu zaistniałych schorzeń oraz jako działanie prewencyjne. Odpowiedni dobór form treningowych, pozwala dbać o dobry wygląd fizyczny i samopoczucie, ale również może wpłynąć na kształtowanie sprawności fizycznej. Popularne obecnie Joga oraz Pilates wpływają pozytywnie na czucie kinestezji i zdolność równowagi. Celem pracy była ocena wpływu regularnego treningu Jogi oraz Pilates na wybrane parametry równowagi.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział dwie 25-osobowe grupy kobiet. Grupę pierwszą stanowiły osoby trenujące Jogę. W grupę drugiej znalazły się osoby uprawiające Pilates. Każda z uczestniczek badania deklarowała regularny trening od co najmniej 1 roku, 2 razy w tygodniu. Ocena równowagi została przeprowadzona na platformie tensometrycznej Matscan (Tekscan Inc., U.S.A.) wraz z oprogramowaniem FootMat 7.0 SAM. Oceniano równowagę w staniu obunóż z oczami otwartymi i zamkniętymi oraz stanie jednoonóż na kończynie prawej i lewej z oczami otwartymi. Ocenie poddano wielkość elipsy ufnosci (w cm²) oraz zakres wychyleń przód–tył i prawo–lewo (w cm). Uzyskane dane opracowano w programie Statistica 10.0 PL z wykorzystaniem statystyk opisowych i testu kolejności par Wilcoxon. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki: Analiza statystyczna wyników pomiędzy badanymi grupami wykazała istotną statystycznie różnicę na korzyść grupy uprawiającej Pilates we wszystkich czterech próbach w badaniu z oczami otwartymi. W grupie drugiej istotnie krótsza była także długości drogi i zakres wychyleń prawo–lewo w próbie z oczami zamkniętymi. Również wielkość elipsy ufnosci i zakres wychyleń przód–tył w staniu jednoonóż na kończynie lewej były istotnie niższe w grupie trenującej Pilates.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że regularny trening Pilates wpływa na poprawę równowagi w większym stopniu niż trening Jogi. Może to sugerować wybór tej metody treningowej dla osób, u których celem jest zmniejszenie ryzyka upadków i urazów kończyn dolnych lub poprawa sprawności funkcjonalnej po zaistniałej kontuzji. Jakkolwiek wymagana jest kontynuacja badań z zastosowaniem innych metod oceny równowagi oraz porównaniem wpływu innych systemów treningowych na parametry równowagi.

5.

Małgorzata Skop, Izabela Klusa

WPLYW PRZEBYTEGO URAZU KOŃCZYNY DOLNEJ NA DŁUGOŚĆ DROGI ŚRODKA CIĘŻKOŚCI

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

Wstęp i cel pracy: Zdolność utrzymywania i kontroli pozycji pionowej ciała stanowi podstawę lokomocji i aktywności fizycznej człowieka. Urazy w obrębie kończyn dolnych mogą mieć znaczenie w tym zakresie, wpływając na zachowanie stabilnej pozycji stojącej i zmianę położenia środka ciężkości ciała, co stało się podstawą rozważań niniejszej pracy. Celem pracy była ocena wpływu przebytego urazu w obrębie kończyny dolnej na długość drogi środka ciężkości. Próbowano sprawdzić różnice międzygrupowe, gdy urazu doznała kończyna dominująca.

Material i metody: Badaniami objęto 101 studentów kierunku Fizjoterapia: 25 mężczyzn i 76 kobiet w wieku od 20 do 25 lat ($x=20\pm 1,10$; $Me=20$). Badanie składało się z 3 części: (1) kwestionariusza z metryczką, składającego się z kilku pytań dotyczących m.in. masy ciała, wzrostu, urazów w obrębie kończyn dolnych (2) testu lateralizacji składającego się z trzykrotnej oceny dominacji kończyny dolnej (3) badania stabilometrycznego. Badanie na platformie Zebris PDM z oprogramowaniem Foot Print wykonano w pozycji swobodnego stania obunóż przy oczach otwartych. Dokonano oceny długości drogi środka ciężkości (SPL) w warunkach statycznych.

Wyniki: Wśród badanych 53,5% miało stwierdzone urazy w obrębie kończyny dolnej, były to w przewadze urazy skrętne stawu skokowego i kolanowego oraz złamania w obrębie stopy. Urazy kończyny dominującej stanowiły 72% tej grupy (32,3%K 56%M). Długość drogi środka ciężkości w grupie z urazami wynosiła od 42,2 cm do 145,63 cm ($x=65,6\pm 16,3$; $Me 65$) w grupie kontrolnej od 42,8 cm do 113,9 cm ($x=64,06\pm 12,6$; $Me 62,7$).

Wnioski: 1. Lokalizacja urazu wpływa na długość drogi środka ciężkości. 2. Badanie stabilometryczne może stanowić uzupełnienie diagnostyki przy planowaniu usprawniania.

6.

Natalia Salata¹, Izabela Wrona¹, Magda Stolarczyk², Iwona Przepiórka³, Artur Stolarczyk³

FUNKCJONALNA OCENA STAWU BIODROWEGO U PACJENTÓW PO ZABIEGU THR Z ZASTOSOWANIEM IMPLANTÓW O STANDARDOWEJ I DUŻEJ ARTYKULACJI

1. Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Klinicznej i Biomechaniki II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Zakład Rehabilitacji Kilnicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Do zabiegu totalnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego (Total Hip Replacement – THR) mogą być wykorzystywane implanty o standardowej (28–32mm) lub dużej (powyżej 36mm) artykulacji. Wybór rodzaju implantu budzi dużo kontrowersji i sprzecznych opinii wśród ortopedów. Celem pracy była ocena funkcji m. pośladkowego średniego, parametrów równowagi oraz ryzyka upadku u pacjentów po zabiegu THR z wykorzystaniem implantów o różnych rozmiarach.

Materiał i metody: Uczestnikami badania było 43 pacjentów po zabiegu THR (średni czas od zabiegu wynosił 3,5 roku), którzy zostali przydzieleni do jednej z grup:

- grupa A: 21 osób po zabiegu THR z wykorzystaniem implantu o standardowym rozmiarze
 - grupa B: 22 osoby po zabiegu THR przy pomocy implantów o dużym rozmiarze głowy
- U każdego przeprowadzono: ocenę stopnia zmęczenia m. pośladkowego średniego przy pomocy sEMG, test stabilności postawy z biofeedbackiem i zamkniętymi oczami oraz test ryzyka upadku z wykorzystaniem platformy Biodex.

Wyniki: Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zmian w ocenie funkcji m. pośladkowego średniego pomiędzy grupą A i B. Podobna sytuacja dotyczyła testu stabilności postawy z biofeedbackiem. Uzyskano natomiast istotnie statystycznie lepsze wyniki w teście stabilności postawy z zamkniętymi oczami oraz teście ryzyka upadku u osób, u których zastosowano implant o dużym rozmiarze głowy.

Wnioski: Pacjenci po zabiegu THR, u których zastosowano implanty o dużym rozmiarze głowy uzyskali lepsze wyniki w zakresie parametrów równowagi z zamkniętymi oczami oraz testu ryzyka upadku w stosunku do osób, u których przeprowadzono zabieg z wykorzystaniem implantów o standardowym rozmiarze głowy. Nie wykazano różnic w zakresie funkcji m. pośladkowego średniego i testu stabilności postawy pod kontrolą wzroku

SESJA III

Tematy Wolne

Moderatorzy:

dr hab. n. o k. f., prof. AWF w Warszawie

Jakub Adamczyk – Przewodniczący

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

dr n. med. Remigiusz Rzepka

dr n. biol. Zbigniew Wroński

1.

Janusz Kocjan¹, Katarzyna Nowakowska², Michał Burkacki², Sławomir Suchon²

WPLYW WYBRANYCH PARAMETRÓW FUNKCJONALNYCH PRZEPONY NA UTRZYMYWANIE RÓWNOWAGI STATYCZNEJ CIAŁA

1. Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

2. Katedra Biomechatroniki Wydziału Inżynierii Biomedycznej w Zabrze Politechnika Śląska w Gliwicach

Wstęp i cel pracy: Przepona stanowi główny mięsień oddechowy człowieka. Jednakże zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej rola przepony w organizmie człowieka nie ogranicza się wyłącznie do wymiany gazowej. Przepona wpływa m.in. na pracę układu limfatycznego, układu sercowo–naczyniowego, czy też układu pokarmowego. Ponadto, poprzez modulację ciśnienia wewnątrzbrzusznego odpowiada również za stabilność kompleksu miedniczno–lędźwiowego (funkcja posturalna). Biorąc jednak pod uwagę pełnioną przez przeponę funkcję posturalną, która związana jest m.in. z utrzymaniem odpowiedniego położenia środka ciężkości, mięsień ten może pełnić również bardzo istotną rolę w utrzymywaniu równowagi statycznej ciała. Celem pracy była ocena wpływu grubości mięśnia przeponowego oraz ruchomości przepony na zdolność utrzymywania równowagi statycznej ciała.

Material i metody: Badaniem objęto łącznie 142 osoby, które przydzielono do jednej z trzech grup: G1 – pacjenci ze zdiagnozowanym nowotworem płuca; G2 – pacjenci poddani zabiegowi lobektomii; G3 – osoby zdrowe. Parametry czynnościowe przepony (grubość oraz ruchomość podczas 3 manewrów oddechowych: spokojnego wdechu, głębokiego wdechu, testu sniffa) oceniono za pomocą badania USG, natomiast parametry równowagi statycznej ciała (długość ścieżki, pole elipsy) przy użyciu platformy stabilometrycznej Zebris FDM–S.

Wyniki: Wykazano, że im większa grubość mięśnia przeponowego podczas wdechu tym lepsza równowaga statyczna ciała. Zaobserwowano pozytywną korelację między wskaźnikiem grubości przepony a długością ścieżki i polem elipsy. Większa ruchomość podczas spokojnego oddechu oraz głębokiego wdechu związana była z lepszymi parametrami równowagi ciała. Nie odnotowano związku między ruchomością przepony podczas manewru sniffa a parametrami stabilograficznymi. Pogorszenie funkcji przepony obserwowane po zabiegu lobektomii jest ściśle związane z pogorszeniem zachowania równowagi.

Wniosek: W oparciu o przedstawione wyniki wnioskuje się, iż przepona pełni istotną rolę w utrzymaniu równowagi statycznej ciała.

2.

Marta Masłowska, Anna Kostiukow

OCENA POZIOMU RÓWNOWAGI Kobiet PO CHIRURGICZNYM LECZENIU RAKA PIERSI W OPARCIU O KLINICZNE TESTY FUNKCJONALNE

Katedra Reumatologii i Rehabilitacji,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Nowotwór złośliwy piersi to choroba, która dotyka głównie kobiety. Obecnie istnieje wiele metod leczenia, a jedną z nich jest leczenie chirurgiczne. Najczęściej wykonywanym zabiegiem jest operacja oszczędzająca pierś i mastektomia. Resekcja piersi często zaburza statykę kręgosłupa oraz obręczy barkowej i zmienia położenie środka ciężkości ciała. Celem badań była ocena poziomu równowagi kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Material i metody: Przebadano 60 kobiet, z czego 30 zakwalifikowano do grupy badanej, a 30 do grupy kontrolnej. Grupę badaną stanowiły pacjentki po leczeniu chirurgicznym nowotworu piersi, natomiast grupę kontrolną – kobiety zdrowe. Do oceny równowagi wykorzystano testy funkcjonalne: Functional Reach Test, test dwóch wag, The 4 – Stage Balance Test, Single Leg Stance, Clinical Test of Sensory Organization and Balance (CTSIB) oraz test Tandem.

Wyniki: Zaobserwowano wpływ BMI na wynik testu Single Leg Stance przy oczach otwartych zarówno dla prawej ($p=0,00896$), jak i lewej kończyny dolnej ($p=0,04550$). Badania wykazały także wpływ wieku na wynik testu dwóch wag ($p=0,03429$), testu Single Leg Stance przy oczach otwartych dla lewej kończyny dolnej ($p=0,00170$) oraz dla prawej kończyny dolnej ($p=0,00003$), testu CTSIB ($p=0,04684$), testu Tandem podczas chodu w przód ($p=0,00530$) oraz testu Tandem podczas chodu w tył ($p=0,00076$). Różnicę w poziomie równowagi kobiet z grupy badanej w porównaniu do kobiet z grupy kontrolnej wykazał wyłącznie test Tandem podczas chodu w tył ($p=0,02506$).

Wnioski: 1. Nadmierna masa ciała niekorzystnie wpływa na zdolność utrzymania równowagi podczas stania na jednej nodze. 2. Poziom równowagi kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi jest zbliżony do poziomu równowagi kobiet zdrowych.

3.

Sara Górna, Ewa Gieysztor, Anna Maria Choińska

ROZWÓJ INTEGRACJI SENSORYCZNEJ U DZIECI URODZONYCH O CZASIE I WCZEŚNIAKÓW – BADANIA WSTĘPNE

Studenckie Koło Naukowe Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży przy Katedrze Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp i cel pracy: Integracja sensoryczna polega na przetwarzaniu w mózgu informacji, które są odbierane za pomocą zmysłów następnie selekcyjonowane, przetwarzane, sumowane tak aby dać odpowiednią odpowiedź do układu ruchu człowieka. Naukowcy i badacze wymieniają bardzo wiele możliwych czynników, które przyczyniają się do dysfunkcji integracji sensorycznej m.in. okoliczności okołoporodowe oraz przypadki wcześniactwa. Celem pracy jest porównanie poziomu rozwoju integracji sensorycznej u dzieci w wieku 3–6 lat urodzonych o czasie jak i wcześniaków.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Centrum Diagnostyczno – Rehabilitacyjnym Fundacji „Promyk Słońca” we Wrocławiu po uzyskaniu zgody komisji bioetycznej. W badaniu wzięło udział 38 dzieci w wieku 3–6 lat (średnia wieku 4,7 lat). Protokół badania obejmował: Kwestionariusz Badania Dziecka (wywiad z rodzicem, badanie Południowo – Kalifornijskim Testem Integracji Sensomotorycznej oraz pomiary antropometryczne masa ciała i wzrost dziecka).

Wyniki: Analiza wyników uzyskanych z sześciu zadań z Południowo – Kalifornijskiego Testu Integracji Sensorycznej wykazała, że wcześniaki (średnia urodzenia 33,6 Hbd) mają prawidłowy poziom integracji sensorycznej mimo swojego wcześniactwa, tak jak rówieśnicy urodzeni o czasie (średnia urodzenia 39,9 Hbd). Prawdopodobnie uzyskanie prawidłowego wyniku u wcześniaków będzie wiązało się z wdrożeniem u nich od urodzenia wczesnej terapii SI. Największą różnicę zaobserwowano w próbie imitacja pozycji (IP), gdzie dla wcześniaków wynik standardowy testu IP wyniósł 1.73, a dla dzieci urodzonych w terminie 1.07 co potwierdza skuteczność terapii SI. Różnice są istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$.

Wnioski: Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka urodzonego przedwcześnie, poprzez uczestnictwo w zajęciach z integracji sensorycznej powoduje zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń integracji sensorycznej w wieku przedszkolnym.

4.

Iwona Walecka¹, Mariusz Pawłowski^{2,3}, Jakub S. Gąsior^{2,3}

OCENA SIŁY CHWYTU RĘKI U DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIĘCYM

1. Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej
Uniwersytet Technologiczno–Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu
3. Klinika Kardiologii Oddziału Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest to rozległe pojęcie charakteryzujące nieprogressywne uszkodzenie OUN, które z biegiem dojrzewania dziecka prowadzi do ograniczeń aktywności ruchowej. W związku z tym, że podstawowym czynnikiem ograniczającym wszelkie aktywności kończyn górnych u pacjenta z MPD jest osłabienie siły mięśniowej postanowiono zweryfikować czynniki w największym stopniu determinującym siłę chwytu ręki w grupie dzieci z MPD. Wartości porównano z ustalonymi wartościami referencyjnymi siły chwytu ręki w grupie dzieci rozwijających się prawidłowo.

Materiał i metody: Badanie siły chwytu ręki przeprowadzono z wykorzystaniem dynamometru cyfrowego Jamar Plus zgodnie z wytycznymi American Society of Hand Therapists w grupie 42 pacjentów z MPD oraz 292 dzieci rozwijających się prawidłowo w wieku od 5 do 13 roku życia.

Wyniki: Zarówno w grupie dzieci rozwijających się w sposób prawidłowy, jak i w grupie pacjentów z MPD, spośród wybranych determinantów: wieku, długości ręki oraz płci czynnikiem najsilniej determinującym wartości siły chwytu ręki okazał się wiek. W każdej z podgrup wiekowych pacjenci z MPD prezentowali istotnie statystycznie ($p < 0,05$) mniejsze wartości siły chwytu ręki od dzieci zakwalifikowanych do grupy kontrolnej, których wartości siły chwytu ręki posłużyły za wartości referencyjne.

Wnioski: W badaniu dowiedziono, że wiek jest podstawowym czynnikiem najsilniej wpływającym na siłę chwytu ręki dzieci z MPD w wieku od 5 do 13 roku życia, oraz dzieci rozwijających się w sposób prawidłowy. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że dzieci z MPD mają istotnie mniejszą siłę w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami.

5.

Marta Zdunek

**WYSKLEPIENIE STÓP 5-LETNICH DZIECI Z SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA
NR 15 IMIENIA JULIANA TUWIMA W BIAŁEJ PODLASKIEJ O ZRÓŻNICOWANYM
POZIOMIE WSKAŹNIKA BMI**

Wydział Rehabilitacji

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Stopa jest ważnym elementem statyczno–dynamicznym układu ruchu. Dzięki swej charakterystycznej budowie kostnej i współpracy z mięśniami, umożliwia poruszanie się w przestrzeni. Proces najintensywniejszego kształtowania się stopy w okresie posturogenezy przypada na wiek przedszkolny i młodszy wiek szkolny. Dochodzi wówczas do wyraźniejszego uwidocznienia się jej łuków. Celem pracy jest charakterystyka wysklepienia stóp dzieci w wieku 5 lat oraz poszukiwanie zależności stanu ich wysklepienia od poziomu wskaźnika body mass index.

Material i metody: W badaniach uczestniczyło 45 dzieci z Samorządowego Przedszkola Nr 15 imienia Juliana Tuwima w Białej Podlaskiej. Wskaźnik BMI obliczono za pomocą pomiaru następujących danych antropometrycznych: masy ciała i wzrostu. Do oceny wysklepienia stóp użyto tradycyjnej metody pantograficznej.

Wyniki: U badanych dzieci występowała prawidłowa masa ciała. U małej liczby osób zaobserwowano nadwagę i niedowagę, a otyłość posiadały dwie dziewczynki w badanej grupie. U dziewcząt przeważały stopy płaskie I° natomiast u chłopców stopy płaskie II°. Niewłaściwe ustawienie palucha w obu stopach obserwowano częściej u dziewczynek i było to jego szpotawienie, natomiast u chłopców przeważało ustawienie palca małego z tendencją do koślawienia. Kąt gamma prawidłowo ustawiony był w większej liczbie u osób płci żeńskiej, a nieprawidłowo u osób płci męskiej. Nie wykazano istotności statystycznych pomiędzy kątem alfa, beta, gamma oraz wskaźnikiem Wejsfloga, a BMI w stopie prawej i lewej u badanych dziewcząt i chłopców. Zaobserwowano zależności tylko w stopie lewej u dziewcząt w przypadku kąta ustawienia palca małego, a wskaźnikiem body mass index.

Wnioski: W grupie badanych 5-latków, częściej prawidłowe wysklepienie wystąpiło w stopie prawej u dziewcząt natomiast w stopie lewej u chłopców. Stopy płaskie II°, III° i IV° częściej stwierdzono w grupie chłopców, natomiast stopy wydrążone u dziewcząt. U znacznego odsetka badanych przedszkolaków występowała asymetria w wysklepieniu pomiędzy prawą i lewą stopą.

6.

Magdalena Trybuch¹, Grzegorz Zieliński¹, Marta Suwała², Jacek Szkutnik³

PORÓWNANIE NAPIĘĆ MIĘŚNIOWYCH MIĘDZY KOBIECIAMI I MĘŻCZYZNAМИ O PODOBNYM STANIE EMOCJONALNYM, ZDROWOTNYM I WSKAŹNIKU BMI – BADANIE PILOTAŻOWE

1. Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp i cel pracy: Dimorfizm płciowy jest niepodważalnie widoczny w budowie układu mięśniowo-szkieletowego kobiet i mężczyzn, jest to szczególnie zauważalne w masie mięśniowej. Kobiety i mężczyźni mimo różnic anatomicznych mogą mieć taką samą dystrybucję napięcia bioelektrycznego mięśni w określonych warunkach. Celem pracy było porównanie napięć mięśniowych między kobietami i mężczyznami o podobnym: profilu emocjonalnym, senności, zdrowotnym i wskaźniku BMI.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział 53 osoby. Wszyscy zostali sprawdzeni pod kątem Zaburzeń Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia. Następnie osoby badane wypełniły kwestionariusze: GAD-7, PHQ 9, Melzack i Karolińską skalę senności. Określono wzrost i wagę badanych (do obliczenia BMI). Na podstawie powyższych kwestionariuszy i wskaźnika BMI zakwalifikowano do dalszych badań 7 kobiet i 7 mężczyzn (22 lata \pm 0,5 roku). Byli oni bez dolegliwości bólowych, o podobnym odczuciu senności i czasie snu poprzedzającym dzień badania, stanie emocjonalnym, zdrowotnym i wskaźniku BMI. Aktywność mięśni skroniowych i żwaczy w stanie spoczynku została zarejestrowana za pomocą elektromiografu BioEMG III. Do analizy statystycznej zastosowano: test W Shapiro–Wilka, Test U Manna–Whitneya i t–Studenta.

Wyniki: Na poziomie istotności 0,05 nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy między średnim napięciem bioelektrycznym na mięśniu skroniowym ($p=0,805$) oraz średnim napięciem bioelektrycznym na mięśniu żwaczy ($p=0,306$) w grupach kobiet i mężczyzn.

Wnioski: Wydaje się, że mężczyźni i kobiety o tym samym: stanie emocjonalnym, senności, zdrowotnym i wskaźniku BMI mają takie same napięcia mięśniowe. W celu potwierdzenia tego spostrzeżenia zaleca się dalsze badania nad większą grupą badanych

SESJA PLAKATOWA

Moderatorzy:

dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski – Przewodniczący

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

dr hab. n. o k. f. prof. AWF w Warszawie Jakub Adamczyk

dr n. biol. Zbigniew Wroński

1.

Artur Jagodziński, Marcin Smolarczyk, Patrycja Choińska

USZKODZENIE GŁOWY PRZYŚRODKOWEJ MIĘŚNIA BRZUCHATEGO ŁYDKI U ZAWODOWEGO PIŁKARZA RĘCZNEGO – OPIS PRZYPADKU

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
KPR Legionowo

Wstęp i cel pracy: Uszkodzenie mięśnia brzuchatego łydki to trzeci w kolejności uraz mięśniowy u zawodowych sportowców, zaraz po uszkodzeniach grupy kulszowo–goleniowej i mięśnia prostego uda. Zazwyczaj powrót do aktywności sportowej po rozległym uszkodzeniu wynosi 3–5 miesięcy. Celem tej pracy jest prezentacja procesu terapeutycznego po zabiegu operacyjnym szycia głowy przyśrodkowej m. brzuchatego łydki, ukazanie współpracy na osi zawodnik–fizjoterapeuta–lekarz–trener i wyznaczenie kryteriów powrotu do sportu.

Materiał i metody: 30–letni piłkarz ręczny podczas meczu ligowego doznał urazu 80% włókien mięśnia brzuchatego łydki w mechanizmie charakterystycznym dla tego uszkodzenia. Wstępna diagnoza oparta o badanie kliniczne została potwierdzona podczas badania USG i MRI. 2–miesięczne leczenie zachowawcze nie przyniosło pozytywnych rezultatów. Zastosowano leczenie operacyjne polegające na zszyciu rozerwanych włókien z jednoczesną ewakuacją płynu i podaniem osocza bogatopłytkowego. Powrót zawodnika na boisko poprzedzony był diagnostyką USG, próbami siły mięśniowej w izometrii i izokinytyce dla kończyn dolnych, stabilografią oraz testami funkcjonalnymi (T–test i Hop test).

Wyniki: 3 miesiące po operacji na obrazie USG zaobserwowano prawidłową hipoechogeniczność tkanek wokół kształtującej się wydolnej blizny. Stosunek momentów siły zginaczy stawu skokowego mierzonej w izometrii wyniósł 148:156 Niutonometrów [Nm] na korzyść kończyny nieoperowanej. W izokinytyce wartości te wyniosły odpowiednio: dla 60°/s.: 130:140 Nm., dla 120°/s.: 83:87 Nm. Wyniki stabilograficzne kształtowały się na poziomie dobrym lub przeciętnym względem średniej populacyjnej. T–test wyniósł 10,10 s., Hop test dla obu kończyn bez istotnych różnic, tj. mniej niż 10% między kończynami.

Wnioski: Leczenie operacyjne w rozległych uszkodzeniach mięśniowych jest najlepszym rozwiązaniem dla sportowca. Brak presji ze strony sztabu szkoleniowego jak i współpraca lekarza z fizjoterapeutą to krytyczne czynniki pozwalające na pełną sprawność zawodnika.

2.

Grzegorz Leszczyński¹, Magda Stolarczyk², Iwona Przepiórka³, Artur Stolarczyk³

WPLYW KINESIOTAPINGU NA PARAMETRY RÓWNOWAGI I KOORDYNACJI RUCHOWEJ U AKTYWNYCH FIZYCZNIE OSÓB PO SKRĘCENIU STAWU SKOKOWEGO

1. Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Klinicznej i Biomechaniki II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Zakład Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Skręcenia stawu skokowego są jednym z najczęstszych urazów u osób podejmujących aktywność sportową. Celem pracy była ocena wpływu aplikacji kinesiotalpingu na parametry równowagi i koordynacji ruchowej u aktywnych fizycznie osób, które doznały urazu skręcenia stawu skokowego.

Material i metody: Uczestnikami badania było 20 kobiet, które w przeszłości uległy skręceniu stawu skokowego. Wszystkie osoby były aktywne sportowo (bieganie – 8 osób, lekkoatletyka – 3 osoby, taniec – 4 osoby, fitness – 2 osoby, siatkówka – 3 osoby). Do oceny parametrów równowagi i koordynacji ruchowej wykorzystano platformę Biodex Balance System. U każdej osoby wykonano test stabilności jednej kończyny sport przed i po aplikacji kinesiotalpingu. Zadaniem było utrzymanie środka ciężkości w jednym punkcie, w staniu jednonóż, przy niestabilnym podłożu. Na podstawie 3 dwudziestosekundowych prób z dziesięciosekundowymi przerwami pomiędzy kolejnymi próbami wyznaczono: ogólny wskaźnik stabilności (OWS), wskaźnik stabilności przednio–tylnej (APW) oraz wskaźnik stabilności przyśrodkowo–bocznej (MLW). Im mniejsza jest wartość wskaźnika tym lepszy wynik testu równowagi i koordynacji ruchowej kończyny. Przy pomocy skali VAS oceniono stopień nasilenia dolegliwości bólowych i uczucia niestabilności stawu.

Wyniki: Analiza statystyczna wyników wykazała istotną statystycznie poprawę przy zastosowaniu aplikacji kinesiotalpingu dla wartości OWS ($p=0,034$) oraz APW ($p=0,013$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie wskaźnika MLW. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie poprawy dla subiektywnego uczucia bólu ($p=0,080$). Analiza wykazała natomiast istotną statystycznie poprawę w subiektywnym odczuciu niestabilności po zastosowaniu kinesiotalpingu ($p=0,017$).

Wnioski: Aplikacja kinesiotalpingu poprawia równowagę i koordynację ruchową stawu skokowego po urazie skrętnym u aktywnych fizycznie osób. Poprawa równowagi i koordynacji ruchowej poprzez aplikację kinesiotalpingu powoduje obniżenie subiektywnego uczucia niestabilności stawu skokowego po urazie skrętnym.

3.

Jagoda Paradowska¹, Paulina Pujer¹, Magda Stolarczyk², Artur Stolarczyk³

OCENA WPLYWU RODZAJU APLIKACJI KINESIOTAPINGU NA PARAMETRY PROPRIOCEPCJI I RÓWNOWAGI U OSÓB Z BOCZNYM PRZYPARCIEM RZEPKI

1. Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Klinicznej i Biomechaniki II Wydziału Lekarskiego Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Zakład Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Ból przedniego przedziału kolana jest dolegliwością, która często występuje u aktywnych fizycznie osób, w szczególności kobiet. Najczęstszą przyczyną jego występowania jest boczne przyparcie rzepki. Jedną z metod, wspomagającą terapię dysfunkcji stawu kolanowego jest kinesiotalping. Celem pracy była ocena wpływu aplikacji kinesiotalpingu na funkcję stawu kolanowego oraz redukcję dolegliwości bólowych u osób z objawami bocznego przyparcia rzepki.

Material i metody: Uczestnikami eksperymentu było 26 kobiet w o średnim wieku 22,3 lat, które regularnie trenowały fitness. Kryterium włączenia do badania, był zdiagnozowany na podstawie klinicznej oceny przez lekarza ortopedę, zespół bocznego przyparcia rzepki. U każdej osoby zastosowano dwa rodzaje aplikacji kinesiotalpingu. Pierwsza miała charakter stabilizujący rzepkę, druga – miała na celu poprawę funkcji głowy przysródkowej i bocznej mięśnia czworogłowego uda. W celu oceny skuteczności zastosowanej interwencji przeprowadzono ocenę propriocepcji przy pomocy fotela Biodex oraz test stabilności jednej kończyny sport z wykorzystaniem platformy Biodex. Dodatkowo przy pomocy skali VAS oceniono stopień nasilenia dolegliwości bólowych oraz uczucia niestabilności stawu.

Wyniki: Analiza wykazała istotną statystycznie poprawę parametrów propriocepcji po zastosowaniu aplikacji stabilizującej u osób z bocznym przyparciem rzepki w stosunku do badania bez aplikacji. Wykazano również poprawę w zakresie parametrów równowagi po zastosowaniu dwóch rodzajów aplikacji. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w redukcji dolegliwości bólowych zarówno w przypadku stabilizującej jak i mięśniowej aplikacji kinesiotalpingu. Aplikacja stabilizująca natomiast dawała istotną statystycznie poprawę w zakresie subiektywnej oceny stabilności stawu.

Wnioski: Aplikacje stabilizująca rzepkę oraz mięśniowa dla stawu kolanowego poprawiają parametry równowagi. Aplikacja stabilizująca poprawia parametry propriocepcji oraz stabilizację stawu w subiektywnym odczuciu pacjentów. Obydwie aplikacje nie mają wpływu na redukcję dolegliwości bólowych.

4.

Anna Jerzykowska¹, Paulina Jaczewska¹, Magda Stolarczyk², Iwona Przepiórka³, Artur Stolarczyk³

WPLYW TRENINGU Z BIOFEEDBACKIEM NA FUNKCJONALNĄ OCENĘ STAWU BIODROWEGO U PACJENTÓW PO ZABIEGU TOTALNEJ ENDOPROTEZOPLASTYKI

1. Studenckie Koło Naukowe Rehabilitacji Klinicznej i Biomechaniki II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Zakład Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Pomimo udowodnionej skuteczności zabiegu totalnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego (THR) w leczeniu zaawansowanej koksartrozy, aż 20% pacjentów jest niezadowolonych z przeprowadzonej operacji. Rehabilitacja jest niezbędnym elementem kompleksowego leczenia osób po zabiegu THR. Udoskonalenie standardowych programów usprawniania może mieć istotny wpływ na zwiększenie skuteczności zabiegu THR. Celem pracy była ocena wpływu treningu z biofeedbackiem na funkcję stawu biodrowego u pacjentów po zabiegu THR.

Material i metody: Grupę badaną stanowiło 40 osób z zaawansowaną koksartrozą, zakwalifikowanych do zabiegu THR, które drogą losową przydzielono do jednej z grup:

Grupa A – osoby, które po zabiegu THR poddano standardowej rehabilitacji połączonej z treningiem z biofeedbackiem

Grupa B – osoby, które po zabiegu THR odbyły standardowy program rehabilitacji

Do treningu wykorzystano platformę AMTI. Obiektywnej oceny dokonano przy pomocy platformy Biodex Balance System (test stabilności postawy z otwartymi i zamkniętymi oczami, test ryzyka upadku) oraz przezskórnej elektromiografii powierzchniowej sEMG (ocena stopnia zmęczenia m. pośladkowego średniego). W subiektywnej ocenie wykorzystano skalę oceny stopnia nasilenia bólu VAS.

Wyniki: Analiza wykazała istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich trzech wskaźników stabilności (ogólny wskaźnik stabilności, wskaźnik stabilności przyśrodkowo–bocznej i wskaźnik stabilności przednio–tylnej) podczas testu stabilności postawy z zamkniętymi i otwartymi oczami oraz zmniejszenie ryzyka upadku. Nie wykazano istotnych różnic funkcji m. pośladkowego średniego pomiędzy dwiema grupami. Wykazano zmniejszenie dolegliwości bólowych u osób, u których przeprowadzono trening z biofeedbackiem.

Wnioski: Trening z biofeedbackiem wpływa na poprawę parametrów równowagi oraz zmniejszenie ryzyka upadku i dolegliwości bólowych u osób po zabiegu THR w stosunku do standardowego programu usprawniania. Nie wpływa na poprawę funkcji m. pośladkowego średniego .

5.

Joanna Androsiuk-Perkowska, Radosław Perkowski, Agnieszka Kujawska, Małgorzata Gajos, Sławomir Kujawski, Weronika Topka, Alicja Marzec, Marcin Kożuchowski, Agnieszka Kudanowska

RYZIKO OSTEOPOROZY, A AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA WŚRÓD OSÓB STARSZYCH

Katedra i Klinika Geriatrii

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK

Wstęp i cel pracy: Osteoporoza jest chorobą należąca do tzw. Wielkich Problemów Geriatrycznych. Jej wystąpienie wiąże się ze zmniejszoną masą kostną, a także zaburzoną mikroarchitekturą kości, co prowadzi do zwiększenia ryzyka złamań patologicznych. Celem pracy było sprawdzenie jak podejmowanie aktywności fizycznej, w poszczególnych okresach życia, wpływa na zmniejszenie masy kostnej w wieku podeszłym, a co za tym idzie zwiększenie ryzyka wystąpienia osteoporozy.

Material i metody: Do badania zakwalifikowano 263 pacjentów. Kryterium włączenia stanowił wiek powyżej 60 roku życia. Kryterium wyłączenia stanowiło posiadanie przeciwwskazania do badania analizatorem składu ciała Tanita. Po zastosowaniu kryteriów wykluczających do analizy włączono 234 pacjentów. Pacjentów poddano badaniu przy pomocy analizatora składu ciała Tanita. Ponadto uzyskano od nich informacje dotyczące aktywności fizycznej w poszczególnych latach życia (przed 30 r.ż., pomiędzy 30–60 r.ż. oraz po 60 r.ż.) oraz rodzaju tej aktywności (zawodowa, rekreacyjna) wypełniając kwestionariusz aktywności fizycznej.

Wyniki: Analizując wyniki składu ciała z uzyskanymi informacjami dotyczącymi aktywności fizycznej uzyskano istotne statystycznie wyniki wskazujące, że zarówno nie uprawianie sportu zawodowe, jak i rekreacyjnie do 30 r.ż. wpływa na niższe wartości masy kostnej w wieku podeszłym, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia osteoporozy. Zawodowa aktywność fizyczna pomiędzy 30–60 r.ż. wpływa pozytywnie na utrzymanie masy kostnej w wieku podeszłym, co może zmniejszać ryzyko wystąpienia osteoporozy, natomiast wynik ten nie był istotny statystycznie. Uprawianie rekreacyjnej aktywności fizycznej pomiędzy 30–60 r.ż. nie wpływało na masę kostną w wieku podeszłym. Natomiast rekreacyjna aktywność fizyczna po 60 r.ż. wiązała się z niższymi wartościami masy kostnej w wieku podeszłym, jednak nie był to wynik istotny statystycznie.

Wnioski: Brak aktywności fizycznej zawodowej, jak i rekreacyjnej podejmowanej przed 30 r.ż. wiąże się ze zmniejszonymi wartościami masy kostnej w podeszłym wieku, a więc jest czynnikiem ryzyka wystąpienia osteoporozy. Podejmowanie zawodowej lub rekreacyjnej aktywności fizycznej przed 30 r.ż. jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko wystąpienia osteoporozy. Podejmowanie zawodowej aktywności fizycznej pomiędzy 30–60 r.ż. może być czynnikiem zmniejszającym ryzyko wystąpienia osteoporozy, natomiast potrzebne są dalsze badania w tym zakresie. Niezbędne są badania poszukujące przyczyny zmniejszonej masy kostnej u osób podejmujących rekreacyjną aktywność fizyczną po 60 r.ż. Należy zalecać podejmowanie aktywności fizycznej w młodym wieku, gdyż wpływa ona na zmniejszenie ryzyka wystąpienia osteoporozy.

6.

Agnieszka Gołąb

ĆWICZENIA STOPY I STAWU SKOKOWEGO STOSOWANE W PROGRAMACH ĆWICZEŃ U OSÓB STARSZYCH

Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wstęp i cel pracy: Do czynników ryzyka upadków u osób starszych należą problemy związane ze stopą i stawem skokowym. Istnieją doniesienia o wpływie zabiegów podiatrycznych na zmniejszenie liczby upadków u osób starszych. Celem pracy jest przegląd literatury oraz porównanie ćwiczeń stopy i stawu skokowego wykorzystywanych w programach ćwiczeń dla osób starszych.

Material i metody: Zostały przeszukane bazy danych PubMed, Scopus i Cochrane Library oraz przeanalizowane artykuły dotyczące ćwiczeń stopy i stawu skokowego stosowanych u osób starszych.

Wyniki: Ćwiczenia wykorzystane w programach dla osób starszych obejmowały ćwiczenia wzmacniające (mięśnie zginacze podeszwowe i grzbietowe stopy, mięśnie nawracające i odwracające stopę, mięśnie zginacze palców i palucha), rozciągające (mięsień brzuchaty łydki, mięsień przywodziciel palucha) oraz równoważne. W programach wykorzystano progresję liczby powtórzeń w czasie. Programy trwały od 8 tygodni do 12 miesięcy, różniły się również częstotliwością wykonywania ćwiczeń i w większości przypadków były wykonywane samodzielnie w domu przez uczestników. W niektórych badaniach były łączone z opieką podiatryczną, wkładkami, zaleceniami dotyczącymi obuwia oraz edukacją w zakresie zapobiegania upadkom.

Wnioski: Programy ćwiczeń stopy i stawu skokowego są stosowane samodzielnie albo jako jeden z elementów wieloaspektowych interwencji podiatrycznych stosowanych u osób starszych. Konieczne są dalsze badania oceniające skuteczność ćwiczeń stopy i stawu skokowego u osób starszych, by zaprojektować najbardziej skuteczne programy profilaktyczne.

7.

Izabela Staszczak–Gawęda¹, Szymon Podsiadło¹, Joanna Stożek², Marek Żak³

WPLYW 8–TYGODNIOWEGO TRENINGU NORDIC WALKING NA SUBIEKTYWNA OCENĘ SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ I LĘKU PRZED UPADKIEM U KOBIET PO 60 ROKU ŻYCIA

1. Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
2. Zakład Rehabilitacji w Neurologii i Psychiatrii Katedry Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
3. Zakład Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej, Kinezyterapii Instytutu Fizjoterapii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp i cel pracy: Upadki osób starszych oraz ich następstwa stają się coraz większym problemem medycznym, społecznym i ekonomicznym. Znane są czynniki ryzyka upadków, których prawdopodobieństwo wystąpienia można zmniejszyć poprzez właściwie zaprojektowany program usprawniania. A zatem, ważne jest poszukiwanie interwencji, która będzie skuteczna, bezpieczna, tania oraz akceptowalna przez osoby starsze. Celem pracy jest ocena wpływu 8–tygodniowego treningu Nordic Walking rozszerzonego o ćwiczenia ogólnousprawniające z użyciem kijków na subiektywną ocenę sprawności fizycznej i lęku przed upadkiem u kobiet po 60 roku życia.

Material i metody: Badaniom pilotażowym poddano 40 kobiet w wieku $68,2 \pm 5,6$ lat. Grupę eksperymentalną stanowiło 20 osób, a grupę kontrolną 20 osób. Grupa NW uczestniczyła w 8–tygodniowym programie treningu Nordic Walking, z częstotliwością 2 razy w tygodniu, po 60 minut. Trening obejmował marsz techniką Nordic Walking oraz ćwiczenia z kijkami. Grupa kontrolna w czasie 8 badanych tygodni nie miała zastosowanej żadnej interwencji. Badanych zbadano dwukrotnie, przed i po 8 obserwowanych tygodniach za pomocą skali VAS do subiektywnej oceny sprawności fizycznej i lęku przed upadkiem.

Wyniki: Porównanie średnich uzyskanych wyników badania pierwszego oraz drugiego w grupie Nordic Walking wykazało istotną poprawę subiektywnej oceny aktywności fizycznej ($p=0,000$), oraz spadek lęku przed upadkiem ($p=0,023$). W grupie kontrolnej żaden z badanych elementów nie uległ istotnej poprawie.

Wniosek: Badanie pilotażowe wskazuje, że 8–tygodniowy trening Nordic Walking w istotny sposób wpływa na poprawę subiektywnej oceny sprawności fizycznej oraz spadek lęku przed upadkiem u kobiet po 60 roku życia.

8.

Ewelina Grabska¹, Anna Brzęk², Andrzej Knapik³

POZIOM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ ORAZ JEJ WPŁYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA U PRACOWNIKÓW STRAŻY POŻARNEJ

1 Zakład Fizjoterapii Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

2. Zakład Kinezylogii Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

3. Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej i Sportu Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp i cel pracy: Charakter wykonywanej pracy zawodowej oraz statyczno– dynamiczne obciążenia z nią związane są czynnikami predysponującymi do występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Istotnym w powyższych kwestiach wydaje się być uprawianie aktywności fizycznej. Celem pracy była ocena ilości czasu poświęcanego na aktywność fizyczną oraz rodzaju spędzania wolnego czasu z uwzględnieniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz próba oceny wpływu aktywności fizycznej na jakość życia badanych

Material i metody: Przebadano 58 mężczyzn w wieku 23– 47 lat ($x=33,36\pm 7,01$) których podzielono na dwie grupy badane uwzględniając wiek. W grupie A znajdowało się 29 osób w wieku od 23 do 33 lat ($x=27,41\pm 3,05$), a w grupie B – 29 osób w wieku od 34 do 47 lat ($x=39,31\pm 4,17$). W celu przeprowadzenia badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, Indeks Jakości Życia Ferrans i Powers oraz skalę VAS.

Wyniki: Aktywnie czas wolny spędza 55,17% grupy A oraz 44,83% grupy B. U 84,48% badanych występują dolegliwości bólowe kręgosłupa (79,31% w grupie A oraz 89,66% w grupie B) ze średnią intensywnością 4,15 pkt. w skali VAS. Na aktywność fizyczną badani poświęcają średnio 4,53 godziny (3,81 godz. grupa A oraz 5,31 godz. grupa B). U 24,14% badanych z grupy A oraz 55,17% respondentów z grupy B dolegliwości bólowe kręgosłupa występują często, a czasami u 55,17% w grupie A oraz 37,93% w grupie B. Występuje korelacja pomiędzy ilością czasu spędzanego aktywnie, a ogólną oceną jakości życia w grupie B ($p= 0,05$). Zauważono korelację pomiędzy ilością czasu przeznaczanego na aktywny wypoczynek, a podskala zdrowie oraz funkcjonowanie w grupie B ($p= 0,05$).

Wnioski: 1. W obu grupach badanych występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa jest powszechne i częściej występuje w grupie starszej. 2. Grupa starsza więcej poświęca czasu na aktywność fizyczną jednak podczas okresu wolnego spędza ten czas biernie. 3. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa występuje częściej u osób starszych. 4. Ilość czasu poświęcana na aktywny wypoczynek ma wpływ na całościową ocenę jakości życia u pracowników starszych.

9.

Mateusz Bartczyk, Andrzej Suchanowski

ODDZIAŁYWANIE REZONANSEM STOCHASTYCZNYM W REEDUKACJI LOKOMOCJI U OSÓB ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM – STUDIUM PRZYPADKU

Katedra Biomedycznych Podstaw Fizjoterapii
Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi

Wstęp i cel pracy: Metoda rezonansu stochastycznego stosuje wymuszone mechanicznie wibracje, które charakteryzują się zmiennością rytmu, amplitudy i kierunku wibracji, co wymusza dokonywanie dobrych wyborów wstępnych i odpowiednio szybkiego i prawidłowego reagowania na bodźce zakłócające równowagę ciała. Celem badania była ocena skuteczności oddziaływania rezonansem stochastycznym na funkcję lokomocji w stwardnieniu rozsianym.

Materiał i metody: W badaniu wziął udział mężczyzna z rozpoznaniem klinicznym stwardnienia rozsianego. Objawy choroby utrzymują się od ponad 5 lat. Do oceny oddziaływania terapii rezonansem stochastycznym użyto testy kliniczne oceniające równowagę ciała w sytuacji statycznej i dynamicznej. Zastosowano 6 zabiegów rezonansem stochastycznym.

Wyniki: Na podstawie testu Sięgania uzyskano poprawę o 7 cm, w teście „Wstań i idź” uzyskano poprawę czasu o 1,5 sekundy, natomiast w Tandem Stance Test (oczy zamknięte) uzyskano poprawę o 1,3 sekundy.

Wniosek: Metoda rezonansu stochastycznego korzystnie wpływa na funkcję równowagi ciała u osoby ze stwardnieniem rozsianym, może być przydatnym środkiem terapeutycznym w poprawie lokomocji.

10.

Zuzanna Stawikowska

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Wstęp i cel pracy: Tematem pracy jest ocena wpływu aktywności fizycznej na psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową. W badaniu starano się określić sposób w jaki osoby te postrzegają własną działalność ruchową – jakie widzą w niej motywacje, korzyści, ograniczenia i w jaki sposób wpływa ona na ich funkcjonowanie w poszczególnych sferach życia.

Material i metody: Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety zawierający 20 pytań. Grupę badaną stanowiły 32 osoby z orzeczoną niepełnosprawnością ruchową, które regularnie uprawiają aktywność fizyczną na terenie województwa mazowieckiego. W badaniu wzięło udział 22 mężczyzn i 10 kobiet. Średni wiek respondentów wyniósł 27,5 roku.

Wyniki: Wyniki wskazują na istotny, bezpośredni wpływ aktywności ruchowej badanych na ich funkcjonowanie zarówno w zakresie fizycznym, jak i psychicznym. Za najważniejsze korzyści uznane zostały wzrost siły i wydolności organizmu, poprawa samopoczucia oraz rozwój umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Uprawianie sportu i rekreacji ruchowej może dawać spełnienie, warunkuje wzrost poczucia własnej wartości oraz sprawczości. Pozwala lepiej dostrzegać możliwości zawodowe i szanse rozwoju. Warunkuje rozszerzenie kompetencji społecznych oraz poprawia poziom niezależności.

Wnioski: Regularny udział w zajęciach ruchowych i treningach danych dyscyplin sportowych stanowi ważny element dbania o własne zdrowie fizyczne i psychiczne. Ma istotny wpływ na poczucie samodzielności i integracji ze społeczeństwem. Warunkuje dobrostan psychiczny. Wobec szerokiego zakresu pozytywnych skutków płynących z uprawiania aktywności fizycznej przez osoby z niepełnosprawnością ruchową istotnym wydaje się dążenie do propagowania działań łączących w sobie elementy rehabilitacji, udziału w kulturze fizycznej, umożliwienia rozwoju osobistego i aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym.

11.

Piotr Poniewierski, Anna Kostiukow, Wojciech Strzelecki, Włodzimierz Samborski

POZIOM WIEDZY O AUTYZMIE WŚRÓD STUDENTÓW FIZJOTERAPII I JEGO ZNACZENIE DLA PROCESU REHABILITACJI DZIECKA Z ASD

Klinika Reumatologii i Rehabilitacji

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Autyzm to zaburzenie neurorozwojowe charakteryzujące się długotrwałością i kompleksowością objawów. Obecnie autyzm z roku na rok diagnozowany jest coraz częściej. Ciągły wzrost stawionych diagnoz wymaga nie tylko szerokiej znajomości swoistości tego zaburzenia wśród służby zdrowia, ale również we wszystkich grupach społecznych związanych ze szeroko pojętą pediatrią. W Polsce nie były do tej pory prowadzone, żadne badania statystyczne analizujące poziom świadomości dotyczącej objawów autyzmu. Społeczna znajomość objawów autyzmu pozwala nie tylko na zrozumienie osób zmagających się z tym schorzeniem, ale pozwala także na prowadzenie skutecznej rehabilitacji dziecka z autyzmem. Celem pracy było określenie poziomu świadomości objawów autyzmu wśród studentów polskich uczelni wyższych.

Material i metody: W badaniu wykorzystano kwestionariusz KCAHW (ang. Knowledge About Autism Among Health Workers). Kwestionariusz zawiera 19 pytań dotyczących objawy autyzmu w IV obszarach; upośledzonych reakcji społecznych, deficytów komunikacji i rozwoju mowy, wzorców stereotypowych i zachowań kompulsywnych, ogólnych informacji o autyzmie oraz schorzeniach współistniejących.

Wyniki: Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu statystycznego SPSS wersja 4.0. Grupa badawcza składała się z 446 osób (410 kobiet i 36 mężczyzn) w wieku od 18 do 59 lat. Nie ma istotnej statystycznie różnicy średnich wyników całkowitych kwestionariusza KCAHW, między kobietami a mężczyznami. Kobiety osiągają wyższą średnią wyników, jednak różnica między grupami nie jest istotna statystycznie. Analiza wyników, ze względu na rodzaj studiów: badani studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych. Jednocześnie studenci kierunków "innych" osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków medycznych oraz pedagogicznych.

Wnioski: 1. Społeczny poziom znajomości objawów autyzmu można uznać za niski (13,30 poprawnych odpowiedzi na 19 maksymalnych). 2. Studenci kierunków medycznych osiągają niższe wyniki niż studenci kierunków pedagogicznych.

12.

Patrycja Perużyńska

OCENA CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA DZIECI Z PRZEPUKLINĄ OPONOWO–RDZENIOWĄ W OPINII BADANYCH DZIECI W STOSUNKU DO ICH RODZICÓW

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii Katedry Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Przepuklina oponowo-rdzeniowa jest zaburzeniem formowania struktur rdzenia kręgowego i kręgosłupa. Powstaje w życiu płodowym i lokalizuje się na przebiegu całej długości kręgosłupa. Celem pracy była ocena codziennego funkcjonowania dzieci z przepukliną oponowo–rdzeniową w opinii badanych dzieci, w stosunku do ich rodziców.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział czworo dzieci w wieku 12–13 lat wraz z rodzicami. Metodę stanowił kwestionariusz ankiety składający się z 10 pytań, na które rodzice i dzieci odpowiadali niezależnie. Pytania dotyczyły umiejętności samodzielnego ubierania i rozbierania się, cewnikowania, wykonania prostych czynności toalety porannej i wieczornej, pewności dziecka w samodzielnym poruszaniu się na aktywnym wózku oraz umiejętności przesiadania się z wózka na łóżko/krzesło i odwrotnie, umiejętności samodzielnego przygotowania prostego posiłku. Odnosiły się również do wpływu zajęć prowadzonych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji (FAR) na dążenie do samodzielności. Odpowiedzi na pytania oparte zostały o sześciostopniową skalę oceny umiejętności w wersji obrazkowej, gdzie oznaczało 1 – brak umiejętności, a 6 – pełną umiejętność wykonywania zadania.

Wyniki: Z przeprowadzonych badań wynika, że 50% rodziców oceniło umiejętność samodzielnego ubierania się ich dzieci na poziomie 6 (pełna umiejętność), 25% przyjęła wartość na poziomie 4 (średnia) i 5 (dobra). 75% dzieci oceniło tę umiejętność podobnie na poziomie pełnej umiejętności (6) a 25% na poziomie 5 (dobra). 75% dorosłych oceniło umiejętność samodzielnego rozbierania się na 6 (pełna umiejętność), 25% na poziomie 5 (dobra). 100% dzieci oceniło tę zdolność na 6 (pełna umiejętność). Na pytanie dotyczące samodzielnej umiejętności cewnikowania zarówno 75% rodziców jak i dzieci zaznaczyło pełną umiejętność samodzielnego cewnikowania (6) a 25% obu grup określiło umiejętność na poziomie dobrym (5). W ocenie samodzielności toalety, pewności w przemieszczaniu się na wózku oraz wpływu zajęć FAR 100% osób z obu grup przyznało maksymalną ocenę (6). 50% rodziców jak i dzieci oceniło samodzielne przesiadanie się na poziomie 6 (pełnej umiejętności), 25% badanych na 3 (ani posiadają, ani nie posiadają umiejętności) i 4 (średnia). Potrzebę pomocy w poruszaniu się na wózku 50% ankietowanych określiła jako trochę potrzebną (5), 25% na 4 (raczej potrzebną) i 6 (niepotrzebną). Umiejętność przygotowania prostego posiłku oceniono w obu grupach po 75% na poziomie 4 (średnia) i 25% przyznała pełną umiejętność (6).

Wnioski: Analiza wyników pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków: Ocena codziennego funkcjonowania badanych dzieci z POR dokonana przez obie grupy (dzieci i rodziców) jest bardzo zbliżona. Świadczy to o dużej świadomości dzieci dotyczącej ich stanu funkcjonalnego oraz dobrej znajomości stanu rozwoju funkcjonalnego dzieci przez ich rodziców.

13.

Sara Górna, Ewa Gieysztor, Anna Maria Choińska

WYSTĘPUJĄCE PRZETRWAŁE ODRUCHY PIERWOTNE JAKO PRZEJAWY NIEDOJRZAŁOŚCI NEUROMOTORYCZNEJ U DZIECI – PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Studenckie Koło Naukowe Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży Katedry Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp i cel pracy: Sprawność neuromotoryczna jest złożonym procesem, który jest wynikiem aktywacji ośrodkowego oraz obwodowego układu nerwowego, włączając struktury motoryczne, które działają poprzez układ mięśniowo-szkieletowy przy współdziałaniu bodźców ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Jednym z przejawów niedojrzałości układu nerwowego, są nieprawidłowe wzorce kontroli ruchowej, które mogą występować jako klasyczne objawy neurologiczne lub jako opóźnienie funkcjonalne czy rozwojowe dróg nerwowych. Wyhamowywanie i przekształcenie odruchów pierwotnych w celowe jest przede wszystkim rezultatem dojrzenia rozwijającego się ośrodkowego układu nerwowego. Celem pracy jest przedstawienie przeglądu piśmiennictwa dotyczącego występowania przetrwałych odruchów pierwotnych i ich wpływu na rozwój dziecka.

Material i metody: Przeglądu piśmiennictwa dokonano zgodnie z wytycznymi PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Przeprowadzono przegląd baz danych PubMed i PEDro (Physiotherapy Evidence Database) używając zwrotów: „primary reflexes” or „neuromotor immaturity” and „children”.

Wyniki: Od roku 1998 do 2018 zidentyfikowano 240 publikacji. Analizie poddanych zostało 20 badań naukowych dotyczących przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci.

Wnioski: Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że przetrwałe odruchy pierwotne mogą mieć wpływ u dzieci na specyficzne trudności w nauce szkolnej, opóźniony rozwój ruchowy i poznawczy, zaburzenia równowagi oraz słabszą koordynację.

14.

Dagmara Pikulska, Natalia Kapska, Marta Kaniowska, Bartłomiej Bykowski, Marta Darcz, Weronika Ekwińska, Emilia Stachowiak

WPLYW STOSOWANIA CHODZIKÓW NA ROZWÓJ FUNKCJONALNY DZIECI – BADANIE ANKIETOWE

Studenckie Koło Naukowe Chorób Kręgosłupa, Ortopedii Dziecięcej i Medycyny Sportowej przy Klinice Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Chodziki dla dzieci są szeroko dostępne i często stosowane przez rodziców. Pomimo iż wielu ekspertów uważa, że chodziki mają niekorzystny wpływ na rozwój ruchowy dziecka, brak jest jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających tę teorię. Celem pracy było określenie potencjalnego wpływu stosowania chodzików na rozwój funkcjonalny dzieci, ich jakość chodu i związku z powstawaniem deformacji kończyn dolnych.

Material i metody: Wśród 8000 rodziców i opiekunów dzieci przedszkolnych z 50 poznańskich placówek przeprowadzono anonimowe badania ankietowe dotyczącą stosowania chodzików, rozwoju dziecka, występowania deformacji kończyn dolnych i zaburzeń chodu. Uzyskano zwrot 828 ankiet. Na realizację badania uzyskano zgodę komisji bioetycznej. Analizę danych przeprowadzono za pomocą testów t–studenta, Manna–Whitney`a i Chi2. Poziom istotności ustalono na $p < 0.05$.

Wyniki: U 132 dzieci stosowano chodziki (15,9%). Początek stosowania przypadła na 8,7(SD±1,9)m.ż. i stosowane były średnio 2,7 (SD±1,4) miesiąca 5 dni w tygodniu przez 1,7(SD±1,4) godziny dziennie. Dzieci stosujące chodziki w porównaniu z dziećmi niestosującymi chodzików statystycznie istotnie częściej pomijały w rozwoju funkcjonalnym etap czworakowania (31,1% vs. 10,2%), $p=0,0001$. Istniała tendencja do wcześniejszego rozpoczęcia chodzenia (12,0±1.9m.ż.vs.12,4±2,1m.ż.), $p=0,0328$. U dzieci stosujących chodziki rodzice zgłosili większą tendencję do występowania chodu na palcach (26,3%vs.20,3%), $p=0,1575$, oraz mniejszą tendencję do koślawego kształtu stóp (9,3% vs. 15,8%), $p=0.2222$. Według rodziców nieprawidłowości chodu dziecka, które wymagały konsultacji z lekarzem występowały w podobnym odsetku dzieci niezależnie od stosowania chodzików (4,5% vs. 5,4%), $p=0,8397$.

Wnioski: Chodziki u dzieci stosuje istotna część społeczeństwa. Mogą one wpływać na rozwój funkcjonalny poprzez większe prawdopodobieństwo wyeliminowania etapu czworakowania. Nie ma jednoznacznych dowodów ich wpływu na jakość chodu i występowanie deformacji kończyn dolnych. Jest tendencja do wcześniejszego rozpoczęcia chodzenia u dzieci stosujących chodziki, jednakże obserwacje te wymagają dalszych badań.

15.

Michalina Cimoch

OBUWIE NOSZONE PRZEZ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM JAKO CZYNNIK RYZYKA WYSTĘPOWANIA WAD STÓP

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

Wstęp i cel pracy: Nawyk poprawnego ustawiania oraz obciążania stóp, utrzymywania prawidłowej postawy ciała i chodzenia powinno wyrabiać się od najmłodszych lat. Dziecko powinno chodzić boso po podłożu dostarczając odpowiednie bodźce, a następnie nosić obuwie wzmacniające stabilizację stopy, jednocześnie nie ograniczając jej fizjologicznych ruchów. Celem pracy była analiza obuwia noszonego przez dzieci w wieku przedszkolnym w aspekcie występowania nieprawidłowości w obrębie stóp.

Material i metody: Badaniami objęto 96 dzieci w wieku od 3 do 7 lat ($x=4,8\pm 1,1$). Zbadano 47,9% dziewcząt oraz 52,1% chłopców. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety uzupełniany przez rodziców składający się z 33 pytań dotyczących m.in.: doboru obuwia, występowania wad stóp oraz wiedzy rodziców na ich temat.

Wyniki: Prawidłowo dobrane obuwie dla dziecka potwierdza 77,1% respondentów, po dokonaniu analizy, powyższą prawidłowość zauważono u 62,5% badanych. Aż 91,7% badanych jest świadomych, że rodzaj noszonego obuwia może mieć wpływ na powstawanie wad stóp u dzieci. Zauważono, że 55,2% (39,6% dziewczynek, 60,4% chłopców) dzieci chodzi w pomieszczeniach boso bądź w skarpetkach. Podczas zakupów jedynie 22,9% badanych dobiera obuwie dla dziecka z uwzględnieniem wady stóp.

Wniosek: Wiedza rodziców dotycząca doboru obuwia jest wysoka, zwracają na nie szczególną uwagę i są świadomi związanych z nim konsekwencji zdrowotnych.

16.

Olga Bujnowska

WPLYW CZASU KORZYSTANIA ZE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO NA RUCHOMOŚĆ KRĘGOSŁUPA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

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

Wstęp i cel pracy: Obserwuje się zjawisko pasywności ruchowej od najmłodszych lat. Jest to niepokojące zwłaszcza u dzieci 6-letnich, ponieważ rozpoczęcie nauki w szkole zmienia tryb życia na bardziej siedzący. Utrwalony nawyk zmniejszonej aktywności fizycznej połączony z koniecznością siedzenia w ławce może powodować ograniczenie ruchomości kręgosłupa a w konsekwencji nieprawidłowości w obrębie postawy ciała. Celem pracy była ocena wpływu czasu korzystania ze sprzętu elektronicznego na ruchomość kręgosłupa u dzieci 6-letnich.

Material i metody: Badaniami objęto 64 dzieci w wieku 6 lat (31 dziewcząt i 33 chłopców co stanowi kolejno 48,44% i 51,56% badanych dzieci). Metodą badawczą był kwestionariusz składający się z kilku pytań dotyczących m.in.: form spędzania wolnego czasu przez dzieci, czasu jaki spędzają na korzystaniu ze sprzętu elektronicznego. Dodatkowo dokonano oceny ruchomości kręgosłupa za pomocą testów: Pavelki, Otto–Wurma, Schobera, Tomayera oraz oceniono czy występuje protrakcja głowy i barków.

Wyniki: Czas jaki dziennie dzieci spędzają przed urządzeniami elektronicznymi wynosi od 20 do 360 minut ($x=91,54\pm 67,26$ minut) bez względu na płeć ($p>0,05$). 70,31% dzieci uczęszcza na zajęcia dodatkowe o charakterze sportowym. Nie stwierdzono poważnych ograniczeń ruchomości kręgosłupa poza testem palce–podłoga, który w 50% był nieprawidłowy. Odległość palców od podłogi mieściła się w przedziale od 0,5 do 21,5 cm ($x=3,82\pm 5,63$ cm).

Wnioski: Zaobserwowano, że długi czas spędzany przed urządzeniami elektronicznymi zmniejsza ruchomość kręgosłupa. Świat urządzeń elektronicznych na szczęście nie ogranicza potrzebnej dla rozwoju psychomotorycznego aktywności fizycznej w tej grupie wiekowej.

17.

Ewelina Bartocha, Magdalena Szynal, Anna Górecka

**WIEK I BMI A POCZUCIE WARTOŚCI WŁASNEGO CIAŁA U MŁODZIEŻY
ORAZ KONSEKWENCJE W ICH POSTAWACH
WOBEC AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ**

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Adaptowanej Aktywności Fizycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Okres dojrzewania to ważny etap rozwoju człowieka. Tworzy się wtedy wyobrażenie na temat wyglądu własnego ciała oraz poczucie jego wartości. W dzisiejszych czasach wyraźnie promowana jest sylwetka szczupłej osoby jako kanonu piękna. Rzutuje to na postrzeganie własnego ciała wśród młodzieży oraz niesie konsekwencje w ich postawach wobec aktywności fizycznej. Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia wartości własnego ciała u nastolatków, jego związków z wiekiem, parametrami morfologicznymi a także postawami wobec aktywności fizycznej.

Material i metody: Zbadano 449 osób: 186 dziewcząt(41,43%) i 263 chłopców (58,57%) w wieku 12–19 lat ($\bar{x}=15,42$; $SD=1,85$). Byli to uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na Śląsku. Narzędziem badawczym była autorska ankieta, zawierająca część metryczną, pytania zamknięte związane z badanym problemem oraz kwestionariusz Body Esteem Scale.

Wyniki: Średnie BES dla dziewcząt wynosiły w poszczególnych domenach: atrakcyjność seksualna – 3,69, zaaferowanie wagą – 3,39, kondycja fizyczna – 3,78, natomiast dla chłopców: atrakcyjność fizyczna – 3,91, siła i sprawność – 3,92, kondycja fizyczna – 3,98. Wiek różnicował u dziewcząt tylko domenę atrakcyjność seksualna ($p=0,0477$) – najwyższy poziom miały siedemnastolatki. Ocena jakościowa BMI różnicowała akceptację wagi ciała jedynie u dziewcząt ($p=0,0003$). Dodatkowo związki z pozytywnym nastawieniem do lekcji WF odnotowano u dziewcząt tylko w domenie kondycja fizyczna ($r=0,326$; $p<0,05$), natomiast u chłopców we wszystkich domenach ($p<0,05$).

Wnioski: Średnie domen świadczą o dobrej, ale samokrytycznej ocenie własnego ciała przez nastolatków. Wzrost BMI negatywnie rzutuje na samoocenę ciała w większym zakresie u chłopców niż u dziewcząt. Akceptacja własnego ciała w większym stopniu wykazuje związki z nastawieniem pozytywnym do lekcji WF u chłopców niż u dziewcząt.

**WYSTĘPOWANIE ZESPOŁÓW BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA L-S W POPULACJI OSÓB
STUDIUJĄCYCH FIZJOTERAPIĘ Z OCENĄ ICH CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA**

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Wstęp i cel pracy: Zespoły bólowe kręgosłupa stały się problemem epidemiologicznym na całym świecie. Do niedawna dotyczyły one tylko osób po 40 roku życia. Zgodnie z obecną wiedzą wynikającą z licznych badań z dolegliwościami tymi borykają się nie tylko dorośli, ale również dzieci i młodzież (Stefanowicz i wsp. 2009; Pawłowska i wsp. 2012; Łukaszewska i wsp. 2013; Sieradzki i wsp. 2013). Za główną przyczynę zespołów bólowych kręgosłupa uznaje się siedzący tryb życia, zmniejszenie aktywności fizycznej oraz osłabienie mięśni stabilizujących kręgosłup. Celem pracy było oszacowanie liczby studentów, cierpiących z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wraz z określeniem codziennego funkcjonowania badanych mimo bólu.

Materiał i metody: Badaniem objęto 134 studentów pierwszego roku, pierwszego stopnia, kierunku fizjoterapia (84 kobiety i 50 mężczyzn). Średnia wieku badanych wynosiła 20 lat (min. 19 lat, max. 22 lata). Badania przeprowadzono w pięciu miastach, trzech województwa Wielkopolskiego (Poznań, Kalisz, Piła), Zachodniopomorskiego (Kołobrzeg) oraz Łódzkiego (Kutno) w okresie od listopada do grudnia 2017 roku. Metodę stanowił kwestionariusz ankiety składający się z 34 pytań, zarówno jedno jak i wielokrotnego wyboru.

Wyniki: Z przeprowadzonych badań wynika, że dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa zaznaczyło 83,58% (112 ankietowanych). Bóle kręgosłupa L-S wystąpiły u 70 kobiet, co stanowiło 83,3% badanej płci żeńskiej oraz u 42 mężczyzn – 84% płci męskiej. Odsetek badanych z bólem kręgosłupa jest statystycznie istotny ($p < 0,0001$). Spośród badanych, którzy uskarżają się na owe dolegliwości 62,68% (84 ankietowanych) zaznaczyło natężenie bólu towarzyszące im na co dzień w przedziale 1–3 w skali VAS (słaby ból), a 18,66% (25 badanych) w przedziale 4–7 w skali VAS (średni ból). Stwierdzono, że osoby, które stwierdziły, że odczuwają ból dolnego odcinka kręgosłupa statystycznie nie różnią się co do wieku, masy ciała, wzrostu BMI oraz czasu przeznaczanego na aktywność fizyczną od osób które nie mają dolegliwości bólowych. W celu weryfikacji czy występujące u badanych dolegliwości bólowe mają wpływ na wykonywanie przez nich czynności dnia codziennego zapytano badanych o występowanie u nich problemu z podnoszeniem przedmiotów. Przecząco odpowiedziało 46,27% (62 osoby). U 35,82% (48 ankietowanych) ból pojawiał się tylko w przypadku podnoszenia ciężkich przedmiotów. Zapytano także czy u ankietowanych pojawia się ból podczas siedzenia i stania. 29,85% (40 badanych) odpowiedziało przecząco na występowanie bólu podczas siedzenia a 47,76% (64 osoby) zaznaczyło odpowiedź „Tak, gdy siedzę długo i w niewygodnej pozycji”. Wykazano, że istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy nasileniem bólu, a problemami z bólem podczas siedzenia ($p = 0,0063$). Podobna zależność została stwierdzona pomiędzy natężeniem bólu a problemami podczas stania ($p = 0,0062$), na które uskarżało się 40,3% (54 ankietowanych).

Wnioski: 1. Odsetek badanych z bólem kręgosłupa jest statystycznie istotny ($p < 0,0001$). 83,58% spośród ogółu badanych uskarża się na dolegliwości bólowe kręgosłupa L-S. Mimo, że jest on u większości o słabym natężeniu podkreśla jednak powagę problemu zwiększającej się liczby coraz młodszych osób cierpiących z powodu bólu kręgosłupa 2. Jak wskazują wyniki istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy nasileniem bólu okolicy dolnego odcinka kręgosłupa a funkcjonowaniem badanych w życiu codziennym w aspekcie przyjmowania pozycji siedzącej oraz stojącej.

20.

Honorata Franus¹, Anna Sobianek², Maciej Janiszewski³

WPLYW ĆWICZEŃ METODĄ PILATES NA AKTYWACJĘ ORAZ WZMOCNIENIE SIŁY I WYTRZYMAŁOŚCI KOMPLEKSU BIODROWO-LĘDŹWIOWO-MIEDNICZNEGO U STUDENTEK WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

1. Oddział Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Studium Wychowania Fizycznego i Sportu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
3. Katedra Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Osoby prowadzące siedzący tryb życia bardzo często skarżą się na dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa. Jest to często związane nieprawidłową aktywacją oraz osłabieniem mięśni kompleksu biodrowo-lędźwiowo-miednicznego. Jednak coraz częściej osoby te szukają odpowiedniej dla siebie alternatywy treningowej w celu poprawy jakości życia oraz zmniejszeniu dolegliwości bólowych. Jedną z takich metod jest Pilates. Celem pracy była ocena wpływu trzymiesięcznego cyklu zajęć prowadzonych metodą Pilates na prawidłową aktywizację oraz wzmocnienie siły i wytrzymałości kompleksu biodrowo-lędźwiowo-miednicznego u studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Material i metody: Badaniami objęto grupę 20 kobiet, studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w wieku 19–24 lata, nie uczęszczających na inne zajęcia ruchowe oraz nie uczęszczających wcześniej na zajęcia Pilates. Do pomiaru aktywności mięśni kompleksu posłużono się testem Functional Movement Screen (FMS). Natomiast siłę i wytrzymałość tej grupy mięśniowej zbadano za pomocą dwóch prób: testu skłonu oraz testu nożyc.

Wyniki: Wykazano istotną zależność pomiędzy wynikiem testu FMS przed i po dwunastotygodniowym cyklu ćwiczeń. Różnica średnich wyniosła $2,3 \pm 1,12$. Zaobserwowano również istotny statystycznie związek pomiędzy wynikiem testu brzusków przed i po 12 tygodniach ćwiczeń. Średnia różnica wyników wyniosła $1,7 \pm 1,38$ oraz pomiędzy wpływem ćwiczeń na wynik nożyc po 12 tygodniach treningów. Różnica średnich wyniosła $6,75 \pm 5,59$.

Wnioski: Dwunastotygodniowy cykl ćwiczeń metodą Pilates spowodował poprawę aktywacji, siły oraz wytrzymałości mięśni kompleksu biodrowo-lędźwiowo-miednicznego. We wszystkich trzech próbach: testu FMS, brzusków oraz nożyc stwierdzono poprawę wyniku podczas drugiego pomiaru.

21.

Marianna Oledzka

WPLYW ĆWICZEŃ Z PILATES NA ZMNIEJSZENIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH W KRĘGOSŁUPIE ORAZ NA POPRAWĘ MOBILNOŚCI I SIŁY MIĘŚNI TUŁOWIA

Zakład Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Dolegliwości bólowe dolnej części kręgosłupa dotyczą coraz większej ilości osób i coraz młodszą część populacji, co ma niejednokrotnie związek z siedzącym trybem życia oraz niewielką aktywnością ruchową. U osób młodych i w średnim wieku mówi się o tak zwanych bólach przeciążeniowych, które są skutkiem osłabienia mięśni tułowia i przykurczu mięśniowego. W ostatnim czasie coraz większym zainteresowaniem cieszą się zajęcia fitness jak np. pilates, w których łączy się ćwiczenia wzmacniające tułów z ćwiczeniami rozluźniającymi. Celem pracy było sprawdzenie czy ćwiczenia pilates są skuteczną aktywnością fizyczną w zmniejszaniu dolegliwości bólowych w kręgosłupie oraz czy wpływają na poprawę mobilności i siły mięśniowej.

Materiał i metody: Materiał stanowiły 42 osoby uczestniczące 2 razy w tygodniu przez okres 2 miesięcy w godzinnych zajęciach pilates. Uczestników badania podzielono na 2 grupy ze względu na występowanie bólów w kręgosłupie: grupa I w liczbie 19 osób z bólami w kręgosłupie oraz grupa II w liczbie 23 osoby bez bólu. Dokonano pomiaru bólu przy użyciu skali VAS, mierzono czas utrzymania ciała w pozycji "deski" oraz odległość opuszki 3 palca od podłogi przy skłonie w przód tułowia. Przeprowadzono ankietę oceniającą subiektywnie formę zajęć oraz samopoczucie po zajęciach pilates.

Wyniki: Osoby z dolegliwościami bólowymi miały istotnie statystycznie krótszy czas utrzymania "deski" niż osoby bez dolegliwości. Po upływie 2 miesięcy czas utrzymania deski w gr I zwiększył się, ale nadal był mniejszy niż osób z gr 2, jednak nie było to istotne statystycznie. Odległość palców od podłoża w skłonie tułowia była istotnie statystycznie mniejsza w gr I w porównaniu do osób z grupy II. Po upływie 2 miesięcy zakres skłonu tułowia w obydwu grupach się zwiększył i był porównywalny między grupami. Po upływie 2 miesięcy dolegliwości bólowe osób z gr I istotnie statystycznie zmniejszyły się.

Wnioski: Regularna aktywność fizyczna w formie ćwiczeń pilates jest skuteczną metodą w zmniejszaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym. Ćwiczenia pilates wpływają na zwiększenie elastyczności i poprawę mobilności ciała oraz są skuteczną metodą w wzmacnianiu mięśni tułowia.

WPLYW FIZJOTERAPII U KOBIET CIĘŻARNYCH NA ZMNIJSZENIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA W CZASIE TRWANIA CIĄŻY ORAZ PO PORODZIE

Zakład Rehabilitacji Klinicznej II Wydziału Lekarskiego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp i cel pracy: Dolegliwości bólowe kobiet ciężarnych stanowią duży problem leczniczy, ponieważ część metod leczenia bólu ze względu na ciążę jest przeciwwskazana. Najczęściej zaleca się ogólne formy ruchu jak spacer, ćwiczenia ogólnorozwojowe połączone ze stretchingiem i wypoczynek lub fizjoterapia uwzględniająca terapię tkanek miękkich, ćwiczenia wzmacniające i rozluźniające. Celem pracy było sprawdzenie czy odpowiednio dobrana fizjoterapia jest skuteczną formą zmniejszania dolegliwości bólowych kręgosłupa u kobiet ciężarnych oraz czy zapobiega rozejściu się mięśni prostych brzucha jak również czy aktywność sportowa w okresie przed ciążą zapobiega bólowi kręgosłupa w okresie trwania ciąży.

Material i metody: W badaniu wzięły udział Kobiety w 2 trymestrze trwania ciąży, które odczuwały dolegliwości bólowe w dolnej części kręgosłupa oraz miały objawy rwy udowej/kulszowej. Panie podzielono na 2 grupy. W grupie I znalazło się 13 kobiet, które przez 3 miesiące 2 razy w tygodniu uczestniczyły w fizjoterapii, a w grupie II 15 pań, które nie uczestniczyły w rehabilitacji, ale zostały poinstruowane o bezpiecznej aktywności ruchowej przez fizjoterapeutę i w 2 trymestrze ciąży były aktywne fizycznie minimum 3 razy w tygodniu przez 60 minut. Na pierwszej wizycie oraz po upływie 3 miesięcy kobiety pytano o nasilenie bólu używając skali VAS, występowanie mrowienia/drętwienia w rejonie pośladka lub kończyn dolnych. Za pomocą autorskiej ankiety sprawdzano czy zgłaszane dolegliwości wpływają na ograniczenie podejmowanych aktywności w ciągu dnia oraz czy przed ciążą była prowadzona regularna aktywność fizyczna. W 6–8 miesiącu od porodu ponownie sprawdzano występowanie bólu przy użyciu skali VAS oraz czy było rozejście mięśni prostych brzucha.

Wyniki: W grupie I po 3 miesiącach fizjoterapii dolegliwości bólowe kręgosłupa istotnie statystycznie zmniejszyły się, natomiast w grupie II nie zauważono takiej zmiany. W obydwu grupach kobiety w większości wskazały, że zgłaszane dolegliwości w znaczny sposób ograniczają ich codzienne funkcjonowanie. Nie zauważono korelacji w podejmowaniu aktywności fizycznej przed ciążą, a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa. U pań z grupy I doszło do mniejszej ilości rozejść się mięśni prostych brzucha jak u kobiet z grupy II, ale różnica ta nie jest istotna statystycznie. Nie zauważono korelacji pomiędzy podejmowaną aktywnością przed ciążą, a częstością występowania rozejścia się mięśni prostych brzucha.

Wnioski: Odpowiednio dobrana fizjoterapia jest skuteczną formą zmniejszania dolegliwości bólowych kręgosłupa u kobiet ciężarnych. Ból oraz mrowienie/drętwienie w kończynach dolnych znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie kobietom ciężarnym. Aktywność sportowa uprawiana w okresie przed ciążą nie ma wpływu na występowanie dolegliwości bólowych w części dolnej kręgosłupa. Aktywność ruchowa podejmowana przed ciążą nie zapobiega rozejściu się mięśni prostych brzucha.

23.

Justyna Botór

CZY APLIKACJA KINESIOTAPING MA WPLYW NA ROZSTĘP MIĘŚNI PROSTYCH BRZUCHA? BADANIE PILOTAŻOWE

Studenckie Koło Naukowe Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji Katedry Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp i cel pracy: Kobiety po porodzie wracają do formy w różnym tempie i zakłada się, że w trakcie porodu kobieta powinna osiągnąć stan sprzed ciąży i porodu. Zdarza się jednak, że powrót do sprawności jest utrudniony, ponieważ pojawiają się specyficzne dolegliwości. Jedną z nich jest rozstęp mięśni prostych brzucha (RMPB). W 6 tygodniu po porodzie RMPB dotyczy 50-60% kobiet, w 6 miesiącu: 39-45%, natomiast w 12 miesiącu po porodzie 32% kobiet. Wraz z rozwojem płodu następuje zmniejszenie wytrzymałości mięśni prostych brzucha co przyczynia się do zaburzenia funkcji tych mięśni w stabilizacji tułowia, wpływając na biomechanikę postawy. Dochodzi do przodopochylenia miednicy i zwiększenia lordozy lędźwiowej co może się wiązać z przewlekłym bólem tej okolicy. Nadrzędnym celem naukowym projektu jest ocena wpływu aplikacji taśm KinesioTaping (KT) na zmniejszenie się RMPB.

Material i metody: 10 kobiet (18–38 lat) ze zdiagnozowanym RMPB włączono do badania. Każda uczestniczka badania została poddana pomiarowi RMPB na wysokości pępka oraz 4,5 cm powyżej i 4,5 cm poniżej pępka. Zastosowano aplikację korekcyjną. Taśmy były aplikowane prostopadle do mięśnia prostego brzucha w postaci 2,5 cm szerokości pasków na całej długości mięśnia, przekraczając linię środka kresy białej. Dwie doby po aplikacji ponownie wykonano pomiar RMPB.

Wyniki: Zaobserwowano istotne statystycznie zmniejszenie RMPB ocenianego na wysokości 4,5 cm powyżej oraz 4,5 cm poniżej pępka po aplikacji taśm KT. Ponadto nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w pomiarze RMPB na wysokości pępka.

Wniosek: Aplikacja taśm KT przyczynia się do zmniejszenia RMPB u kobiet po porodzie, jednakże powyższy wniosek wymaga weryfikacji w oparciu o badania na większej części populacji.

**METODA SNOEZELLEN – JAKO FORMA TERAPII W LECZENIU PRZEWLEKŁEGO BÓLU
U PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH**

Wydział Rehabilitacji Ruchowej
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wstęp i cel pracy: Problem leczenia bólu u chorych na nowotwory jest niezwykle ważnym elementem postępowania terapeutycznego w szeroko rozumianej onkologii i medycynie paliatywnej. Na nowotwory złośliwe choruje około 1% populacji, a więc w Polsce dotyczy to aż 380 tysięcy osób. Ból nowotworowy może pojawiać się na każdym etapie choroby nowotworowej i występuje średnio u 51% pacjentów. W terminalnym etapie choroby jest przyczyną cierpienia 75–90% chorych. Źle uśmierzany ból u chorych na nowotwór jest przyczyną niepotrzebnego cierpienia i wyraźnego obniżenia jakości życia. Skala zjawiska jest jednak znacznie większa, ponieważ ból nowotworowy jest najczęściej problemem nie tylko samego chorego, lecz także jego rodziny, opiekunów i całego otoczenia. Celem pracy było porównanie różnych form leczenia bólu przewlekłego u pacjentów onkologicznych i paliatywnych oraz przybliżenie nowej formy terapii jaką jest metoda w Sali Snoezelen.

Materiał i metody: Na podstawie publikacji naukowych zebranych z takich baz jak: PubMed, Medline, Google Scholar w latach od 1981 do 2004 roku, analiza różnych form leczenia bólu przewlekłego u pacjentów onkologicznych. Obserwowano takie determinanty jak: ból, lęk, depresję, jakość życia.

Wyniki: Dotychczasowe badania naukowe przeprowadzone w Sali Snoezelen pod kątem terapii pacjentów u których występuje ból przewlekły (u pacjentów onkologicznych czy paliatywnych), wskazują na zasadność stosowanej terapii. Najczęściej w badaniach pojawiała się informacja o znacznym zmniejszeniu bólu u pacjentów ($p = 0,002$). Ponadto w czasie jak i po sesji terapeutycznej w Sali Snoezelen, pacjenci odczuwali relaksację oraz odprężenie. Zaobserwowano również zmniejszenie lęku, niepokoju a nawet depresji ($p < 0,01$). U części pacjentów polepszył się sen ($p = 0,01$). W wielu przypadkach opisano również poprawę ogólnej jakości życia u badanych.

Wnioski: 1. Wyniki udowadniają, iż terapia Snoezelen może być stosowana jako jedna z form nefarmakologicznego leczenia bólu przewlekłego u pacjentów onkologicznych i paliatywnych. 2. Dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują na zasadność stosowanej terapii Snoezelen, gdyż wpływa na relaksację, wyciszenie, zmniejszenie lęku, depresji, poprawę snu oraz jakości życia u pacjentów onkologicznych. 3. Badania wskazują na duży potencjał do dalszych badań w leczeniu bólu przewlekłego. 4. Uzasadnione jest więc, budowanie Sal Doświadczania Świata – Snoezelen w szpitalach, klinikach czy nawet w hospicjach.

25.

Klaudia Boch, Krystyna Gawlik, Paulina Puś, Joanna Jutrzenka–Jesion

SPOSOBY WALKI Z OBRZĘKIEM LIMFATYCZNYM PO MASTEKTOMII

reCREATUS

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica w Pile

Wstęp i cel pracy: Mastektomia to amputacja całej piersi, nierzadko włącznie z brodawką sutkową i otoczką. Zabieg ten wykonywany jest najczęściej w leczeniu nowotworu piersi. Częstym powikłaniem po mastektomii jest obrzęk limfatyczny kończyny górnej po stronie amputacji. Wynika to z faktu, iż w trakcie wykonywania operacji często usunięte zostają węzły chłonne pachowe. Ich brak powoduje zaburzenie odprowadzania limfy z kończyny górnej oraz niekiedy z obszaru klatki piersiowej. Celem niniejszej pracy jest pokazanie, za pomocą których zabiegów fizjoterapeutycznych, można najskuteczniej zmniejszyć bądź zniwelować obrzęk limfatyczny.

Materiał i metody: Wykorzystano artykuły naukowe dostępne w Google Scholar i PubMed z kluczowymi zwrotami: „mastektomia” (mastectomy), „obrzęk limfatyczny” (lymphatic edema), „rehabilitacja po mastektomii” (rehabilitation after mastectomy).

Wyniki: W oparciu o otrzymane wyniki po wnikliwym przeglądzie dostępnego piśmiennictwa, zdecydowano się na omówienie następujących metod leczenia obrzęków: aplikacje plastrów elastycznych (kinesiotaping), drenaż limfatyczny oraz masaż BOA z wykorzystaniem rękawa uciskowego, jako form terapii mających znaczący wpływ zmniejszenie istniejących obrzęków limfatycznych.

Wnioski: Uwzględnione przez mnie artykuły oraz własne doświadczenie pokazują, że opisanymi metodami z zakresu fizjoterapii można zmniejszyć obrzęk limfatyczny kończyny górnej po zabiegu mastektomii, a co za tym idzie poprawić komfort i jakość życia kobiet cierpiących z powodu tych dolegliwości. Co ważne, przedstawione rodzaje terapii są stosunkowo tanie, dostępne i nie wiążą się z wystąpieniem skutków ubocznych.

Natalia Toryfter, Paulina Goławska, Aleksandra Niedźwiecka, Amanda Maria Augustynik

UZUPEŁNIAJĄCE METODY FIZJOTERAPII W LECZENIU CHOROÓB PSYCHOSOMATYCZNYCH O PODŁOŻU STRESOWYM – PRZEGLĄD LITERATURY

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom
Upośledzonym "Dać Szansę"
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp i cel pracy: Choroby psychosomatyczne to choroby ciała, których źródeł należy szukać w psychice człowieka. Wg WHO 25% całej populacji ujawnia objawy psychosomatyczne, co staje się problemem medycyny XXI w. Czynnikiem wywołującym te rodzaje dysfunkcji jest wiele, mogą mieć one zarówno aspekt fizjologiczny jak i emocjonalny, jednak główną przyczyną podatności na zachorowanie jest długotrwałe działanie stresu. Celem pracy jest przegląd literatury na temat skuteczności stosowania uzupełniających metod fizjoterapeutycznych: zooterapii, hortiterapii i treningu progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona w schorzeniach związanych z psychiką pacjenta.

Material i metody: Zostały przeszukane bazy danych PubMed i Mednar oraz przeanalizowane artykuły dotyczące chorób psychosomatycznych o podłożu stresowym i leczenia ich za pomocą wybranych metod fizjoterapii. Wybrano artykuły w języku angielskim i polskim.

Wyniki: Literatura naukowa przedstawia wiele koncepcji wyjaśniających mechanizmy rozwoju zaburzeń psychosomatycznych. Przedstawione w pracy metody fizjoterapii opierają się na modelu biopsychospołecznym, dotyczącym zależności między zewnętrznymi obciążeniami organizmu a regeneracją pacjenta w okresie leczenia objawów schorzeń. Duża liczba badań była prowadzona na podstawie analiz statystycznych, kwestionariuszy osobowych i ankiet badających wpływ stresu na zwiększone ryzyko powstawania chorób oraz wpływ aktywności fizycznej na redukcję objawów psychosomatycznych.

Wnioski: Przeanalizowane artykuły wykazują skuteczność wybranych metod fizjoterapeutycznych w leczeniu schorzeń psychosomatycznych o podłożu stresowym. Na objawy istotnie wpływa stres i reakcje fizjologiczne z nim związane. Podejście fizjoterapeutyczne skupia się na łagodzeniu objawów choroby, zwiększeniu pewności siebie i poprawie jakości życia. Wybrane metody koncentrują się na strategiach zmniejszających wrażliwość centralnego układu nerwowego. Niezbędne są jednak dalsze badania wyjaśniające podłoże chorób psychosomatycznych

NOTATKI

NOTATKI

XIII WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa

AKTUALNE KIERUNKI ROZWOJU FIZJOTERAPII I REHABILITACJI

**TEMAT WIODĄCY: FIZJOTERAPIA W GERIATRII
– PROFILAKTYKA I LECZENIE**

Warszawa, 12 – 13 kwietnia 2019

www.wiosna.wum.edu.pl

wiosnazfizjo@wum.edu.pl

Pierwszymi autorami PRAC ORYGINALNYCH powinni być studenci oraz absolwenci studiów I, II lub III stopnia w roku akademickim 2018/2019, pod warunkiem, że byli studentami w trakcie realizowania zgłaszanej pracy.

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 (20 kwietnia 2018)

Centrum Dydaktyczne WUM

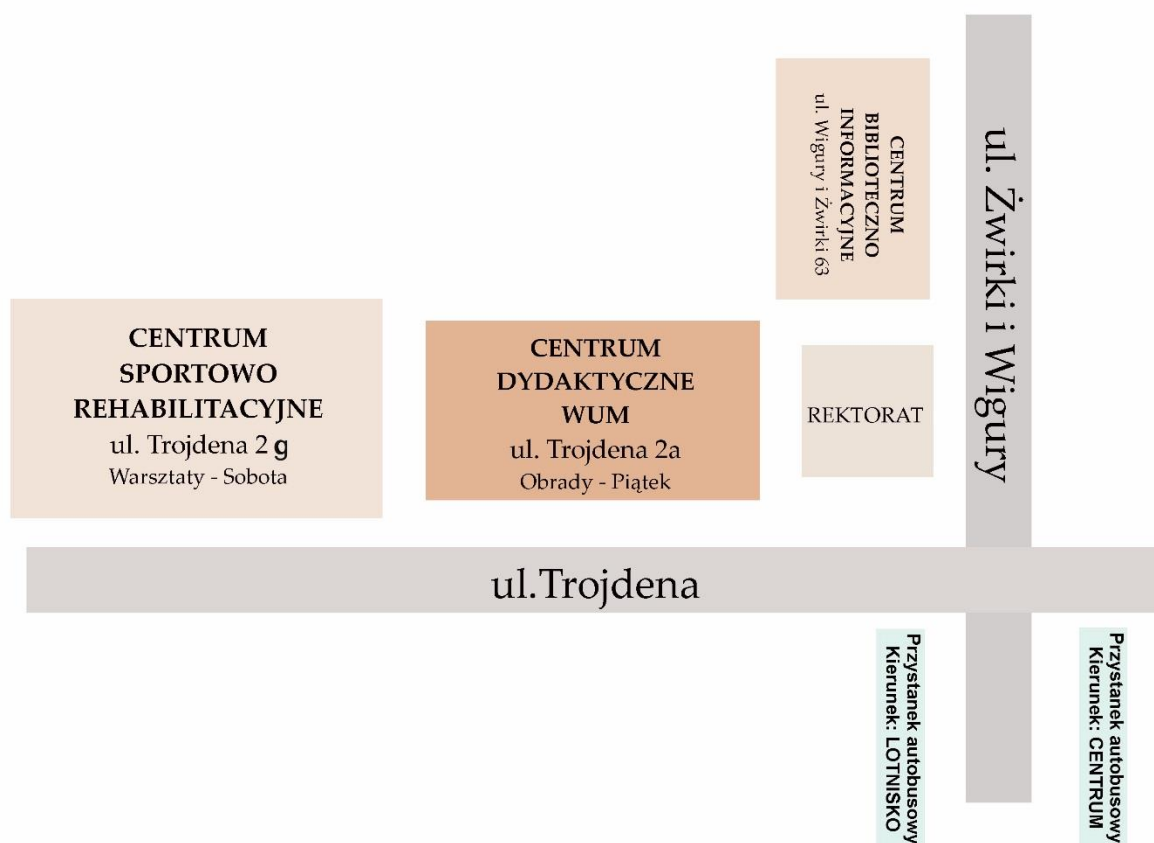
ul. Ks. Trojdena 2a

2. Miejsce warsztatów

SOBOTA (21 kwietnia 2018)

Centrum Sportowo Rehabilitacyjne

ul. Ks. Trojdena 2g



SPONSORZY



SPONSORZY WARSZTATÓW





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

Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne WUM

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

tel.: 796 022 910