



VIII MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

**Cykliczna Ogólnopolska Konferencja
Studenckich Kół Naukowych i Młodych Pracowników Nauki**

FIZJOTERAPIA W XXI WIEKU

07-08.05.2015, Lublin

ORGANIZATORZY

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii
przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii
*Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

Zakład Balneoterapii
*Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

PATRONAT HONOROWY

PATRONAT
HONOROWY



JM REKTOR
UNIwersytetu Medycznego w Lublinie
PROF. DR HAB. N. MED. ANDRZEJ DROP

PATRONAT
HONOROWY



PREZYDENT MIASTA LUBLIN
KRZYSZTOF ŻUK



SŁAWOMIR SOSNOWSKI
MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

HONOROWY PATRONAT NAUKOWY



PATRONAT MEDIALNY



GŁÓWNI PARTNERZY KONFERENCJI



WYŁĄCZNY PRZEDSTAWICIEL MAREK W POLSCE



PROFESJONALNE SZKOLENIA
DLA FIZJOTERAPEUTÓW I MASAŻYSTÓW



PROFESJONALNY SPRZĘT REHABILITACYJNY



MOV Produkcja Medyczna
Urządzenia rehabilitacyjne - Wyposażenie SPA&Wellness
swiatmasazu.pl



OFICJALNI PARTNERZY KONFERENCJI



PZWL



KOMITET NAUKOWY

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

V-CE PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

Dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO:

Dr n. med. Małgorzata Drelich

Dr n. o kult. fiz. Adam Fijewski

Dr n. med. Piotr Gawda

Dr n. med. Apolinary Ginszt

Prof. dr hab. n. med. Joanna Ilzecka

Dr n. med. Anna Krawczyńska

Dr n. o kult. fiz. Józef Krzak

Prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik

Dr n. med. Piotr Kwiatkowski

Prof. dr hab. n. med. Robert Latosiewicz

Dr n. med. Anna Pacian

Dr hab. n. o kult. fiz. Teresa Pop prof. nadzw. UR

Dr Patrycja Rąglewska

Dr n. med. Krzysztof Sokółowski

Dr n. o zdr. Teresa Stawińska

Dr n. med. Jolanta Taczala

Dr n. med. Alicja Wójcik-Zaluska

KOMITET ORGANIZACYJNY

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

mgr Justyna Chmiel

mgr Kamil Chołuj

CZŁONKOWIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO:

Małgorzata Bochyńska

Dominika Bryłowska

Paweł Cichocki

Filip Fabijański

Michał Gozdek

Agnieszka Grabińska

Paweł Hereć

Żaneta Jasińczak

Izabela Karaś

Justyna Kosior

Dominika Kruk

Natalia Krzyszczyniak

Karolina Kuźma

Damian Kwaśniewski

Paulina Ligęza

Hanna Matwiejczuk

Aleksandra Morawska

Żaneta Piasta

Natalia Stanisławek

Monika Sternik

Barbara Stęchły

Izabel Wierzbicka

Anna Żybuna

mgr Daria Majewska

mgr Katarzyna Pikto-Pietkiewicz

mgr Piotr Turmiński

mgr Monika Wybraniak

mgr Tomasz Zawiaślak

VIII MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

PROGRAM NAUKOWEJ CZĘŚCI KONFERENCJI

07 maja 2015

Collegium Maius, ul. Jaczewskiego 4, Lublin

08.00-09.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

09.00-09.15 OTWARCIE KONFERENCJI

Słowo wstępne:

Dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

Kierownik Zakładu Rehabilitacji i Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli,
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej

mgr Kamil Chołuj, mgr Justyna Chmiel

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii oraz Zakład Balneoterapii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Oficjalne Otwarcie Konferencji:

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Drop

Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

09.15-09.45 WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

„Morales MethodTM of Manual Therapy and Body Conditioning. Nowe spojrzenie na pracę z pacjentem”.

mgr Piotr Szalański

mgr fizjoterapii, terapeuta manualny, doktorant Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, instruktor Masażu Tkanek Głębokich, student CASI (Czech Association of Structural Integration)

- *Współczesne metody fizjoterapeutyczne w różnych dysfunkcjach narządu ruchu*
- *Osoba niepełnosprawna w XXI wieku*

1. **Dr n. med. Anna Krawczyńska - Przewodnicząca Sesji**
2. **Dr n. med. Małgorzata Drelich**
3. **Dr n. med. Krzysztof Sokołowski**
4. **Dr n. med. Alicja Wójcik-Zaluska**

1. ***Zmiany parametrów kinematycznych chodu i równowagi u dzieci z MPD uczestniczących w treningu chodu w warunkach dynamicznego obciążenia*** - Dominika Flis - Uniwersytet Rzeszowski
2. ***Ocena ryzyka obrażeń u koszykarzy kategorii senior na podstawie analizy wyników testu równowagi dynamicznej „Y”*** - Anna Grabowska - Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
3. ***Porównanie zaangażowania grup mięśniowych brzucha i prostownika grzbietu przy użyciu elektromiografii powierzchniowej w trakcie wykonywania ćwiczeń izometrycznych u wspinaczy sportowych na różnym poziomie zaawansowania treningowego*** - Michał Ginszt - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. ***Ocena skuteczności fizykalnych metod leczenia zachowawczego zmian związanych z przeciężeniem rozciągniętego podeszwowego*** - Monika Miarczyńska, Patrycja Kościelna, Bartosz Dworzyński, Marta Marczak, Katarzyna Śpica - Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii Wydział Zamiejscowy w Szczecinie
5. ***Bezpośredni wpływ terapii punktów spustowych na rozluźnienie mięśnia czworobocznego i ruchomość odcinka szyjnego kręgosłupa. Badanie wstępne z użyciem nowoczesnych technologii informacyjnych*** - Joanna Michalik, Magdalena Zawadka, Jakub Smółka, Michał Ginszt, Marcin Stępień - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Politechnika Lubelska
6. ***Propagowanie sportu osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego na przykładzie stowarzyszenia sportowo-rehabilitacyjnego „START” z Poznania*** - Jacek Jarzab - Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu
7. ***Analiza ruchu podczas przysiadu*** - Magdalena Zawadka, Jakub Smółka, Joanna Michalik, Marcin Stępień - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Politechnika Lubelska
8. ***Zalety i wady wykorzystania druku 3D w fizjoterapii*** - Anna Sznycer - Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu
9. ***Wpływ ćwiczeń równoważnych na zmianę obciążenia kończyn dolnych*** - Joanna Michalik, Magdalena Zawadka, Marcin Stępień - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
10. ***Wiedza pacjentów na temat działania i bezpieczeństwa stosowania zabiegów fizykalnych*** - Natalia Gawrych, Joanna Mielewczyk - Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
11. ***Wiedza studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat usprawniania po zabiegu mastektomii*** - Joanna Kloc, Paulina Ligęza, Karolina Kuźma, Piotr Karaś, Natalia Krzysztyniak - Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DYSKUSJA

12.10-15.00 SESJA II - DOKTORANTÓW I MŁODYCH PRACOWNIKÓW NAUKI

1. **Dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM - Przewodniczący Sesji**
2. **Dr hab. n. o kult. fiz. Teresa Pop prof. nadzw. UR**
3. **Dr Patrycja Rąglewska**
4. **Dr n. med. Jolanta Taczała**

1. **Nowoczesna forma edukacji chodu z zastosowaniem mobilnego egzoszkieletu EKSOGT u dzieci z MPD – doniesienia wstępne** - Anna Boguniecka, Dariusz Potrzyszczyk - *Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie*
2. **Analiza wpływu różnych form aktywności fizycznej na kształtowanie się zdolności motorycznych studentów uczelni wyższych** - Ewa Kołodziej, Piotr Turmiński, Tomasz Zawislak, Katarzyna Król-Turmińska, Agnieszka Borzęcka, Agnieszka Staciwa - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
3. **Jak zbadać precyzję ruchu i aktywność mięśni - czyli analiza cyklokinogramu kończyny górnej** - Paula Szlachta, Krzysztof Pytko, Marcin Gniewek, Dorota Hałasa-Majchrzak - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli*
4. **Ocena porównawcza skuteczności leczenia „łokcia tenisisty” z użyciem PRP i jonoforezy z Diprophosem** - Daria Majewska - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
5. **Efekty zastosowania Funkcjonalnej Stymulacji Magnetycznej w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych** - Michał Grzegorzczak, Łukasz Kozioł - *absolwenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*
6. **Efektywność zastosowania technik mobilizacji z ruchem według koncepcji Mulligana w leczeniu szyjnopochodnego bólu głowy** - Janusz Kocjan - *Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*
7. **Nowoczesna terapia korekcji skolioz z użyciem aparatu SKOL-AS - doniesienie wstępne** - Weronika Zawadzka - *Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie*
8. **Ewaluacja efektów przeciwbólowych z wykorzystaniem hydroterapii u pacjentów z chorobą Raynaud’a - doniesienia wstępne** - Gustaw Wójcik, Jolanta Piskorz, Dorota Nalepa - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*
9. **Hydroterapia jako metoda wspomagająca leczenie bólu neuropatycznego w przebiegu cukrzycy - doniesienia wstępne** - Jolanta Piskorz, Gustaw Wójcik, Dorota Nalepa - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*
10. **Diagnostyka wg McKenzie w dolegliwościach bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa** - Monika Wybraniak, Paula Szlachta - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli*
11. **Profil aktywności ruchowej kobiet po mastektomii w trakcie leczenia wspomagającego** - Joanna Grzesiak - *Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu*
12. **Wpływ manipulacji kręgosłupa piersiowego i stawów krzyżowo-biodrowych na subiektywną ocenę bólu w odcinku lędźwiowym** - Łukasz Kozioł, Michał Grzegorzczak - *absolwenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*
13. **Zaburzenia przetworzenia sensorycznego, a problemy współistniejące wpływające na funkcjonowanie dziecka** - Agnieszka Zdzenicka-Chyła - *Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie*
14. **Ocena skuteczności dwóch wybranych form terapii manualnej w leczeniu zachowawczym Zespołu Ciepłoty Nadgarstka** - Janusz Kocjan - *Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*
15. **Zastosowanie termografii do oceny skuteczności manualnego drenażu limfatycznego kończyny górnej u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi - doniesienia wstępne** - Marcin Gniewek, Krzysztof Pytko, Dorota Hałasa-Majchrzak, Piotr Majcher, Paula Szlachta - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli*
16. **Symulacja medyczna jako forma kształcenia studentów fizjoterapii** - Monika Wybraniak, Karolina Załuska, Katarzyna Knap - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
17. **Rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwinnym mózgu z wykorzystaniem hydroterapii** - Dorota Nalepa, Jolanta Piskorz, Gustaw Wójcik - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*

DYSKUSJA

15.00-15.20 PRZERWA KAWOWA

15.20-17.00 SESJA III - STUDENCKA

- *Aktywność ruchowa w promocji i profilaktyce zdrowia*
- *Współczesna fizjoterapia geriatryczna*

1. **Dr n. med. Apolinary Ginszt - Przewodniczący Sesji**
2. *Dr n. o kult. fiz. Adam Fijewski*
3. *Dr n. o kult. fiz. Józef Krzak*
4. *Dr n. o zdr. Teresa Stawińska*

1. ***Wpływ aktywności fizycznej na efekty kompleksowej rehabilitacji u pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa*** - Dominika Flis - Uniwersytet Rzeszowski
2. ***Zastosowanie aktywności fizycznej w leczeniu fibromialgii*** - Ewa Zarębska - Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu
3. ***Wpływ rodzaju wykonywanej pracy na intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa*** - Ewelina Marlena Grabska - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. ***Promowanie aktywności fizycznej w miejscu pracy jako elementu zdrowego i aktywnego starzenia się*** - Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska, Marcin Rząca, Katarzyna Kocka - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
5. ***Pro-ana i pro-mia, czyli chude (nie)szczęście*** - Kamila Bąk, Daniel Piątek, Emilia Migryt, Diana Bajerczak, Joanna Szydelko - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
6. ***Wpływ poziomu nasilenia lęku i depresji oraz stopnia odczuwanych dolegliwości bólowych na stabilność posturalną pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa*** - Dominika Flis - Uniwersytet Rzeszowski
7. ***Rodzaje uszkodzeń narządu ruchu występujących u osób podejmujących trening fitness w warunkach domowych wraz z oceną wiedzy respondentów na temat ich zapobiegania*** - Paulina Kowalska, Paulina Sińska - Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
8. ***Ocena sprawności fizycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zakwalifikowanych do poziomu 1 i 2 wg klasyfikacji funkcjonalnej GMFCS*** - Anna Dereń - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
9. ***W sieci fonoholizmu*** - Kamila Bąk, Daniel Piątek, Emilia Migryt, Joanna Szydelko, Diana Bajerczak - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
10. ***Wpływ stopnia prezentowanej aktywności fizycznej na stabilność posturalną pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa*** - Dominika Flis - Uniwersytet Rzeszowski
11. ***Jan Żniniewicz - pionier polskiego wodolecznictwa*** - Adrianna Lewandowska, Eliza Maćkowiak - Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

DYSKUSJA

17.00-17.30 WRĘCZENIE NAGRÓD LAUREATOM KONFERENCJI, ROZŁOSOWANIE NAGRÓD WŚRÓD UCZESTNIKÓW KONFERENCJI

19.00-24.00 BIESIADA W MUZEUM WSI LUBELSKIEJ

VIII MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

PROGRAM WARSZTATÓW

08 maja 2015

Warsztaty odbywają się na sali gimnastycznej Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przy ul. Chodźki 15 (górna sala gimnastyczna). Od uczestników warsztatów wymaga się posiadania wygodnego stroju oraz obuwia zmiennego.

09.00-11.00 WARSZTAT I

„Kinetic Control - diagnostyka, ocena i terapia kręgosłupa lędźwiowego”.

mgr Tomasz Góra
mgr Grzegorz Kuzdro

11.00-11.30 PRZERWA KAWOWA

11.30-17.30 WARSZTAT II

„Masaż Tkanek Głębokich - rozluźnianie mięśniowo-powięziowe”.

mgr Piotr Szalański

mgr fizjoterapii, terapeuta manualny, doktorant Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, instruktor Masażu Tkanek Głębokich, student CASI (Czech Association of Structural Integration)

11.30-12.30 WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

12.30-13.00 PRZERWA KAWOWA

13.00-17.30 MASAŻ TKANEK GŁĘBOKICH - zajęcia praktyczne

17.30-17.45 PODSUMOWANIE I ZAKOŃCZENIE WARSZTATÓW

WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

Piotr Szalański, Łukasz Czubaszewski

Morales Method Certified Practitioner (MMCP)
Morales Method Certified Instructor (MMCI)
Morales Method Core Integration Therapist (MMCIT)
nauczyciele Masażu Tkanek Głębokich

Morales Method™ of Manual Therapy and Body Conditioning. Nowe spojrzenie na pracę z pacjentem

Metoda Moralesa™ jest rodzajem terapii manualnej adresowanej do terapeutów i trenerów sportowych, którzy chcą zdobyć potężny zasób technik, które pomogą ich klientom wyjść z bólu, poprawią postawę ich ciała oraz umożliwią im codzienne funkcjonowanie bez bólu. Metoda ta jest zwieńczeniem ponad dziesięciu lat pracy klinicznej i dydaktycznej twórcy metody Martina Moralesa, Certyfikowanego Rolfera®.

Metoda Moralesa™ dzieli się na dwie niezależne, lecz wyśmienicie uzupełniające się części. Pierwsza część, Dyplomowany Terapeuta Metody Moralesa™ (ang. The Morales Method™ Certified Practitioner Program), oferuje naukę szerokiego wachlarza technik, mających na celu szybkie, efektywne działanie przeciwbólowe w pracy z pacjentem. Druga część, Terapeuta Integracji Rdzenia (ang. Core Integration Therapist Program), to praca z przyczyną występującego bólu w holistyczny sposób i w oparciu o Integrację Strukturalną. Na obu ww. częściach terapeuta zostaje wyposażony w umiejętności i tak skuteczny dotyk terapeutyczny, że z łatwością jest odróżniany od innych terapeutów. Dzieje się tak między innymi dzięki nauce systemu badania palpacyjnego tkanek zwanego oporem kierunkowym i kierunkowym uwolnieniem tkanek oraz filozofii/stylu pracy, który powoduje ciągłe zadawanie pytań przez terapeutę, szukanie odpowiedzi na te pytania, a co za tym idzie, ciągły rozwój terapeuty.

The Morales Method™ Certified Practitioner Program zawiera pracę z pacjentem w aspekcie klinicznym przy zastosowaniu syntezy skutecznych i bezpiecznych technik wywodzących się z osteopatii, technik energizacji mięśni, terapii kranio-sakralnej, masażu tkanek głębokich, pracy z punktami spustowymi i uwalniania pozycyjnego. Kolejność, w jakiej stosowane są techniki, oparta jest na tzw. porządku złożoności/zależności (ang. Order of Complexity). Ten szczególny porządek pomaga klientom ponownie nauczyć się wrodzonych wzorców ruchu i pomaga terapeutce dostosować się do różnych sytuacji klienta. Techniki zawierają się w zakresie od subtelnych, adresowanych tkankom powierzchownym, do bardziej agresywnych, adresowanych tkankom głębokim i pozwalają na wykonywanie pracy terapeutce na zasadzie "gry myślenia", a nie odtwarzaniu wyuczonych schematów. Nauka omawianych technik rozkłada się na kilka modułów.

The Morales Method™ Core Integration Therapist Program jest adresowany dla terapeutów, którzy chcą odbyć szkolenie w zakresie Integracji Strukturalnej. Szkolenie składa się z 136 godzin i uczy czytania ciała z punktu widzenia integracji strukturalnej na podstawie analizy wzrokowej i palpacyjnej. Terapeuta, podczas obserwacji serii sesji zabiegowych, dowiaduje się o filozofii pracy oraz zdobywa bardziej szczegółowe techniki pracy mięśniowo-powięziowej.

Marty Morales jest autorem książki "Doskonalenie mechaniki ciała" (ang. Mastering Body Mechanics). Szkolenia z zakresu Morales Metod™ prowadzi na całym świecie, m.in. w Japonii, Polsce, Szwajcarii i na Tajwanie. W ciągu ostatnich dwunastu lat, nauczał w USA oraz wykladał w Akademii Nauk w San Francisco.

Aby dowiedzieć się więcej o Morales Method™ oraz Martinie Moralesie odwiedź www.moralesmethod.com lub www.masaztkanekglebokich.pl.

SESJA I

STUDENCKA

MODERATORZY

Dr n. med. Anna Krawczyńska - Przewodnicząca Sesji

Dr n. med. Małgorzata Drelich

Dr n. med. Krzysztof Sokołowski

Dr n. med. Alicja Wójcik-Załuska

Zmiany parametrów kinematycznych chodu i równowagi u dzieci z mpd uczestniczących w treningu chodu w warunkach dynamicznego obciążenia.

Wprowadzenie: Nowe technologie pozwalają na konstruowanie urządzeń wspomagających proces rehabilitacji, zapewniając pacjentowi jak najlepszą realizację wzorca ruchowego.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wyników reedukacji chodu i równowagi u dzieci z MPD uczestniczących w treningu chodu na Lokomacie oraz ocena jak czynniki takie jak: liczba przeprowadzonych sesji terapeutycznych oraz obciążenie czynnikami ryzyka MPD wpływają na proces rehabilitacji.

Materiał i metoda: Zbadano 11 pacjentów z MPD, uczestniczących w treningu chodu na Lokomacie. U wszystkich dzieci zdiagnozowano postać spastyczną z zajęciem czterech kończyn, u 6 dzieci zdiagnozowano niedowład czterokończynowy, u 5 dzieci zdiagnozowano niedowład kurczowy obustronny. Średni wiek badanych wyniósł 9 lat. Każdego pacjenta zbadano po 10 kolejnych sesjach terapeutycznych (czas trwania jednej średnio 45 minut). Oceniono stopień niesprawności motorycznej dziecka według skali Kudrjavcev oraz skali GMFCS (Gross Motor Function Classification System), równowagę za pomocą skali Berg'a (Berg Balance Scale), chód pacjentów za pomocą Wisconsin Gait Scale (WGS), w odniesieniu do chodu osoby zdrowej, badania te przeprowadzono dwukrotnie.

Wyniki: U wszystkich dzieci nastąpiła znacząca poprawa, nastąpił spadek WGS ($p=0,0033^{**}$), przy czym zakres poprawy był zróżnicowany. Efekty terapii w zakresie analizy chodu były lepsze u dzieci z niedowładem kurczowym obustronnym ($p=0,0823$), był to jednak wynik zbliżony do poziomu istotności statystycznej. Równowaga uległa poprawie u wszystkich dzieci ($p=0,0033^{**}$). Nie wykazano natomiast znamiennych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami dzieci w zakresie efektów terapii w skali Berg'a ($p=0,3290$). Wykazano silną korelację pomiędzy liczbą sesji terapeutycznych, a wynikiem WGS ($R=-0,71; p=0,0144^{*}$). Dzieci zwiększonego ryzyka wykazywały słabsze efekty terapeutyczne WGS ($p=0,0005^{***}$).

Dyskusja: Wirz i wsp. w swoich najnowszych doniesieniach zgodnie podkreślają, że trening chodu przy użyciu zautomatyzowanej ortezy daje oczekiwane rezultaty. Kułak i wsp. opisując w swojej pracy czynniki prognostyczne samodzielnego chodzenia dzieci z MPD podkreślają, że 74,2% przebadanych dzieci z postacią tetraplegiczną (przewaga zajęcia kończyn górnych) to dzieci niechodzące, natomiast 42,9% dzieci z postacią diplegiczną (przewaga zajęcia kończyn dolnych) są to dzieci chodzące. V. Wright i wsp. podają w swych doniesieniach, że trening chodu na Lokomacie przyczynia się do znaczącej poprawy parametrów równowagi oraz koordynacji ruchowej dziecka z MPD. Sadowska i wsp. oraz Mieszczanek w swych badaniach podkreślają, że współistniejące liczne czynniki ryzyka są odpowiedzialne za patologię strukturalną OUN i zaburzenia funkcji psychomotorycznych, a tym samym odpowiadają za liczne patologie rozwojowe dziecka. Czupryna i wsp. zaobserwowali najbardziej jednoznaczne zmiany w występowaniu nieprawidłowości chodu u dzieci „wyraźnie większego ryzyka”, co według autorów może świadczyć o korzystniejszych możliwościach kompensacyjnych u dzieci „mniejszego ryzyka”.

Wnioski. 1. Trening chodu w warunkach dynamicznego obciążenia przynosi pożądane rezultaty. 2. Chód dzieci poprawia się w sposób zindywidualizowany, dzieci z MPD wykazują zróżnicowane możliwości kompensacyjne. 3. Równowaga ulega poprawie u wszystkich dzieci, najlepiej poprawia się stabilizacja tułowia oraz zdolność zmiany pozycji. 4. Większa liczba sesji terapeutycznych przyczynia się do osiągnięcia lepszych efektów terapeutycznych. 5. Trening chodu przyczynia się do zwiększenia samodzielności życiowej dziecka, sam wynik terapii jest uzależniony od postaci klinicznej MPD oraz wyjściowego stanu funkcjonalnego dziecka w momencie włączenia do terapii.

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii

Zakład Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej Katedry Medycyny Sportu i Fizykoterapii

Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Opiekun naukowy pracy: dr Patrycja Rąglewska

Ocena ryzyka obrażeń u koszykarzy kategorii senior na podstawie analizy wyników testu równowagi dynamicznej „Y”.

Wprowadzenie: Szybkie akcje, dynamiczne tempo gry oraz twarda walka o piłkę, tocząca się na koszykarskim boisku, często prowadzi do obrażeń zawodników, pomimo wysokiego poziomu sportowego. Mogą to być drobne uszkodzenia typu zwichnięcie stawów międzypaliczkowych, jak również poważniejsze, typu zerwanie więzadeł stawu skokowego.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy było wskazanie ryzyka obrażeń u koszykarzy kategorii senior.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 48 badanych. 24 zawodników koszykówki drużyny FC Porto oraz 24 studentów Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Osoby badane mieściły się w przedziale wiekowym od 18 do 24 lat. Metodę badawczą stanowiły kwestionariusz ankiety dotyczący obrażeń i dolegliwości. Następnie wykonano pomiary antropometryczne takie jak: wysokość ciała [cm], masa ciała [kg], ilość masy mięśniowej i tłuszczowej [%] za pomocą wagi do analizy masy ciała April BA 817. Kolejnym krokiem było wykonanie testu równowagi dynamicznej „Y” w trzech kierunkach przednim, tylnym i tylnym – bocznym stojąc na obu kończynach dolnych. Do opracowania danych empirycznych posłużono się narzędziami statystycznymi.

Wyniki i wnioski: Na podstawie zgromadzonych w toku postępowania badawczego danych, wykazano, że zawodnicy koszykówki drużyny FC Porto, nie znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka obrażeń w porównaniu z ich nietreningowymi rówieśnikami, którzy wykazują zwiększone ryzyko uszkodzeń. Ponadto wykazano, że wystąpienie niewielkiego urazu w przeciągu miesiąca, bądź poważniejszego obrażenia w przeciągu poprzedniego roku generuje uzyskanie nieprawidłowych wartości w teście równowagi dynamicznej. Jednocześnie, analiza materiału badawczego pozwoliła na dowiedzenie, iż nieprawidłowy skład ciała sprzyja uzyskaniu nieprawidłowych wartości w teście równowagi dynamicznej „Y”.

Słowa kluczowe: równowaga dynamiczna, obrażenia sportowe, koszykówka

**Porównanie zaangażowania grup mięśniowych brzucha i prostownika grzbietu
przy użyciu elektromiografii powierzchniowej w trakcie wykonywania ćwiczeń izometrycznych
u wspinaczy sportowych na różnym poziomie zaawansowania treningowego.**

Wstęp: Trening wspinaczkowy jest sportem ogólnorozwojowym. U wspinaczy na wysokim poziomie sportowym istotną rolę odgrywa synergia wszystkich grup mięśniowych zaangażowanych w ruch wspinaczkowy. Wzmocnienie mięśni głębokich, z czym wiąże się poprawa stabilizacji centralnej, będzie powodowało mniejsze zaangażowanie w trakcie ruchu wspinaczkowego powierzchownych grup mięśniowych, a co za tym idzie, wydajniejszą ich pracę.

Cel pracy: Porównanie wytrzymałości mięśniowej mięśni stabilizatorów (część lędźwiowa mięśnia prostownika grzbietu i mięsień prosty brzucha) lędźwiowego odcinka kręgosłupa w trakcie ćwiczeń izometrycznych (basic plank) u osób wyczynowo uprawiających wspinaczkę sportową oraz wspinaczy-amatorów.

Materiał i metody: Badaniu poddano 50 osób uprawiających wspinaczkę (średni wiek: 23 ± 5 lat) podzielonych na dwie grupy: 25 profesjonalnych wspinaczy i 25 wspinaczy-amatorów. Pomiary aktywności bioelektrycznej mięśnia prostego brzucha i części lędźwiowej mięśnia prostownika grzbietu przeprowadzono w trakcie wykonywania ćwiczenia izometrycznego.

Wyniki: Podczas ćwiczenia izometrycznego trwającego 60 sekund obserwowano zmianę aktywności bioelektrycznej badanych mięśni w zakresie średniej częstotliwości całego spektrum mocy sygnału sEMG. W obrębie mięśnia prostego brzucha zaobserwowano spadek średniej częstotliwości sygnału w trakcie ćwiczenia o 19.69% u profesjonalnych wspinaczy oraz o 23.39% u wspinaczy - amatorów, w stosunku do średniej wartości początkowej. W obrębie części lędźwiowej mięśnia prostownika grzbietu zaobserwowano spadek średniej częstotliwości sygnału w trakcie ćwiczenia o 15.78% u profesjonalnych wspinaczy, natomiast o 26.81% u wspinaczy - amatorów.

Wnioski: Wzmocnienie stabilizacji centralnej, mięśni głębokich, wiąże się z mniejszym zaangażowaniem powierzchownych grup mięśniowych, co ma istotny wpływ na stopień zmęczenia tych mięśni w czasie wspinaczki.

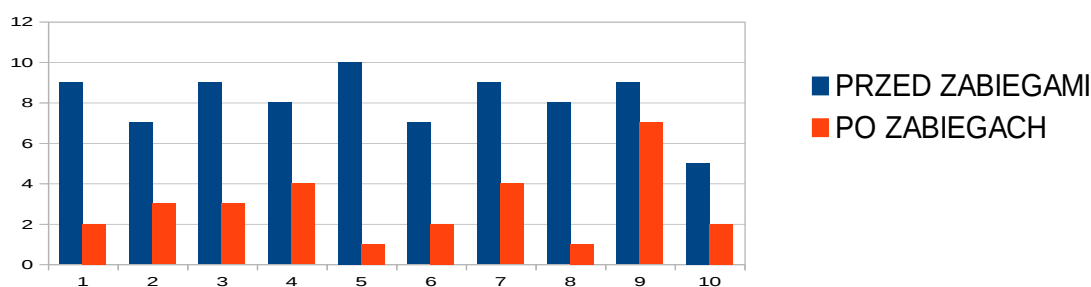
Ocena skuteczności fizykalnych metod leczenia zachowawczego zmian związanych z przeciążeniem rozciągnięcia podszewowego.

Wprowadzenie: Zapalenie przyczepu rozciągnięcia podszewowego charakteryzuje się złożoną etiologią. Pojawiający się w okolicy guza piętowego typowy stan zapalny jest wynikiem wielu czynników wpływających na przeciążenia tego przyczepu. W konsekwencji skutkuje on pojawieniem się w obrazie RTG tzw. „ostrog piętowej”, ale nie tylko. Z przeprowadzonych obserwacji wynika, iż dolegliwości bólowe nie ograniczają się jedynie do guza piętowego. Punkty bolesne odnajdujemy na rozciągnięciu podszewowym, tylnej powierzchni uda, a czasami również okolicy guza kulszowego. Punkty te odpowiadają systemom taśm powięziowo-mięśniowych wg Myersa.

Cel badań: Przeprowadzone badania miały na celu ocenę skuteczności leczenia zachowawczego wybranych metod fizykoterapii u chorych, u których obiektywnie na podstawie zdjęcia RTG stwierdzono typowe objawy ostrogi piętowej. Zabiegi stosowano w miejsca bolesne, które znaleziono w badaniu palpacyjnym. W pracy przedstawiono podstawy teoretyczne problemu badawczego, etiologię schorzenia oraz wyniki badań.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono na przestrzeni trzech miesięcy w warunkach ambulatoryjnych w placówce medycznej w Szczecinie. Grupę badaną stanowiło 10 osób, w tym 4 mężczyzn i 6 kobiet. Wybraną do badań metodą był sondaż diagnostyczny. Narzędzia badawcze stanowiła skala VAS, gdzie 0 to zupełny brak bólu, 10 ból nie do wytrzymania oraz kwestionariusze ankiet. W terapii punktów bolesnych zastosowano laseroterapię oraz ultradźwięki. Terapia stanowiła serię 10 zabiegów aplikowanych w określonej kolejności. Zabiegi były wykonywane codziennie przez pięć dni w tygodniu z dwudniową przerwą przypadającą na weekend. Ankiety wypełniono bezpośrednio przed rozpoczęciem serii zabiegów oraz bezpośrednio po jej zakończeniu.

Wyniki: Ocenie poddano poziom subiektywnego odczuwania bólu na podstawie skali VAS.



Odnotowano wyraźne zmniejszenie dolegliwości bólowych u wszystkich badanych. Nie odnotowano zupełnego zniesienia dolegliwości bólowych. W subiektywnym odczuciu badanych ból w pierwszej kolejności ustępował w miejscach bolesnych na poziomie podudzia oraz podszewie stopy. Nie zauważono korelacji pomiędzy poziomem bólu przed i po zabiegach.

Wnioski: Stosowanie terapii ograniczającej się jedynie do guza piętowego wydaje się być niewystarczające zwłaszcza, kiedy w badaniu przedmiotowym chorego stwierdza się punkty bolesne okolicy tylnej taśmy powięziowo-mięśniowej. Brak rozluźnienia napiętego rozciągnięcia podszewowego oraz mięśni grupy tylnej podudzia może jedynie na krótko przynieść ulgę choremu. Zniesienie bólu w okolicach wzmożonej bolesności poprzez wykorzystanie energii mechanicznej przynosi podobne efekty terapeutyczne do kinezyterapii. Zasadnym się wydaje stosowanie zabiegów, których efektem biologicznym z założenia jest uzyskanie poprawienia trofiki, efektu cieplnego i wzrostu elastyczności tkanek.

Słowa klucz: fizykoterapia, ostroga piętowa

¹Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

²Instytut Informatyki. Wydział Elektrotechniki i Informatyki. Politechnika Lubelska.

Opiekun naukowy pracy: dr n. med. Piotr Gawda

Bezpośredni wpływ terapii punktów spustowych na rozluźnienie mięśnia czworobocznego i ruchomość odcinka szyjnego kręgosłupa. Badanie wstępne z użyciem nowoczesnych technologii informacyjnych.

Wprowadzenie: Liczne badania wykazały bezpośredni związek między występowaniem dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, a obciążeniem i zmęczeniem mięśniowym, rozwijającym się na skutek wykonywania pracy zawodowej bądź nieprawidłowych nawyków postawy ciała. Mocno reagujący mięśniem na obciążenia posturalne jest mięsień czworoboczny. Osoby z nadmiernie napiętym mięśniem czworobocznym, poddawani są terapii punktów spustowych oraz technik energizacji, które ma za zadanie rozluźnić mięśnie oraz przywrócić ich prawidłową pracę.

Cel pracy: Głównym celem pracy było zbadanie wpływu terapii punktów spustowych na rozluźnienie mięśnia czworobocznego (części górnej) oraz na zmianę ruchomości odcinka szyjnego w płaszczyźnie strzałkowej z zastosowaniem nowoczesnych technologii informacyjnych.

Materiał i metoda: Badaniem objęto grupę 20 studentów z Wydziału Elektrotechniki i Informatyki Politechniki Lubelskiej z kierunku informatyka w przedziale wiekowym od 21 do 23 lat, gdzie średnia wieku wynosiła 21,7 lat. Grupa badanych była dobrana celowo ze względu na tendencję do wadliwych wzorców posturalnych wynikających z wykonywanej nauki/pracy statycznej tj. długotrwałego siedzenia przed komputerem. Badanie skuteczności terapii tkanek miękkich metoda punktów spustowych przeprowadzono w Centrum Innowacji i Zaawansowanych Technologii w laboratorium Analizy Ruchu i Ergonomii Interfejsów Politechniki Lubelskiej. Ruchomość odcinka szyjnego w płaszczyźnie strzałkowej była mierzona przed i bezpośrednio po terapii. Do tego celu wykorzystano zintegrowany system VICON z zastosowaniem pasywnych markerów przymocowanych do guzowatości potylicznej i wyrostka kolczystego kręgu C7.

Wyniki: Po przeprowadzonych badaniach zakresu ruchomości odcinka szyjnego w płaszczyźnie strzałkowej (skłon i wyprost) uzyskano następujące wyniki: poprawę zgięcia w odcinku szyjnym u 55% oraz poprawę wyprostowania odcinka szyjnego u 80% badanych. Średnia wartość zgięcia wyniosła 59,7° zaś średnia wartość wyprostowania wyniosła 80,38°.

Wnioski: 1. Terapia punktów spustowych mięśnia czworobocznego (części górnej) spowodowała poprawę zakresu ruchomości odcinka szyjnego. 2. Terapia punktów spustowych mięśnia czworobocznego w większym stopniu wpłynęła na wyprost w odcinku szyjnym, niż na zgięcie. 3. Badania z użyciem nowoczesnych technologii oparte na zintegrowanym systemie pasywnych markerów jest metodą obiektywnej oceny skuteczności terapii punktów spustowych.

Słowa kluczowe: punkt spustowy, odcinek szyjny kręgosłupa, technologia informacyjna

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii

Zakład Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej

Katedry Medycyny Sportu i Fizykoterapii

Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Opiekun naukowy pracy: dr Patrycja Rąglewska

Propagowanie sportu osób niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego na przykładzie stowarzyszenia sportowo-rehabilitacyjnego „START” z Poznania.

Wstęp: Aktywność fizyczna jest bardzo ważna w życiu każdego człowieka. Osoby po urazie rdzenia kręgowego, w celach zdrowotnych jak również dla poprawy jakości życia szukają dyscyplin sportowych, które mogliby uprawiać w zależności od rodzaju uszkodzenia rdzenia.

Naprzeciw problemom osób po urazie rdzenia kręgowego wychodzi Stowarzyszenie Sportowo-Rehabilitacyjne „START” z Poznania, które od ponad 50 lat prowadzi swoją działalność.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie działalności Stowarzyszenia „START”.

Poznański START wywodzi się w prostej linii od organizacji „Startowskiej”, która powstała w 1961 roku. Celem organizacji niezmiennie było „wykorzystanie kultury fizycznej, sportu i turystyki oraz działań socjalnych i edukacyjnych dla rehabilitacji fizycznej, psychicznej i społecznej osób niepełnosprawnych fizycznie lub intelektualnie, a także osób dotkniętych skutkami uzależnień, przemocy, zubożenia i innymi niekorzystnymi zjawiskami ekonomiczno-społecznymi”.

START prowadzi stałe całoroczne grupowe szkolenie oraz organizuje imprezy sportowe w 9 sekcjach sportowych. Stowarzyszenie propaguje sport kwalifikowany i powszechny oraz turystykę i rekreację. Organizuje turnusy rehabilitacyjne i obozy integracyjne, kształci wolontariuszy i specjalistyczną kadrę trenersko-instruktorską, wymienia informacje, doświadczenia i współpracuje z innymi organizacjami i instytucjami w kraju i za granicą. Stowarzyszenie zajmuje się także działalnością socjalną oraz promuje sport dla wszystkich.

Turnusy rehabilitacyjno-sportowe odbywają się latem, gdzie oprócz aktywności fizycznej terenowej dużo czasu poświęcane jest na sporty wodne tj. narty wodne czy kneeboard. Obozy zimowe nastawione są głównie na naukę oraz podnoszenie umiejętności jazdy na monoski.

Wnioski: Dzięki działalności takich organizacji jak START wiele osób z niepełnosprawnością nauczyło się aktywnie spędzać swój wolny czas podnosząc przy tym swoją sprawność fizyczną.

Słowa kluczowe: sport osób niepełnosprawnych, Stowarzyszenie Sportowo-Rehabilitacyjne „START”

¹Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii

przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii

Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

²Instytut Informatyki

Wydział Elektrotechniki i Informatyki

Politechnika Lubelska.

Opiekun naukowy pracy: dr n. med. Piotr Gawda³

³Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii

Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Analiza ruchu podczas przysiadu.

Wstęp: Przysiad jest ważnym elementem składowym zarówno wielu czynności wykonywanych w życiu codziennym, jak również stanowiących część treningu sportowego. Ze względu na jego złożony charakter wynikający z aktywacji wielu stawów w maksymalnych zakresach ruchu może stanowić element diagnostyki i oceny możliwości funkcjonalnych pacjentów.

Materiał i metoda: Badania dotyczyły analizy kinematycznej ruchu w stawach kończyny dolnej, miednicy i kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Analizy dokonano dzięki Systemowi Motion Capture firmy Vicon, w skład, którego wchodzi: 8 kamer T40S NIR, 2 kamery referencyjne, akcesoria: markery, opaski, urządzenia kalibracyjne oraz oprogramowanie Nexus 2.0. Oceniono zakres ruchomości poszczególnych stawów oraz zmiany wartości kątowych w odniesieniu do stawów względem siebie. Zaobserwowano odmienne strategie przyjmowania przysiadu z różnym wykorzystaniem zakresu ruchomości stawów.

Wnioski: Ocena poszczególnych składowych ruchu może wносить cenne informacje na temat kontroli motorycznej strategii przyjmowania przysiadu. Daje również możliwość detekcji czynników odpowiedzialnych za powstawanie przeciążeń narządu ruchu. Trójwymiarowa analiza ruchu może stanowić narzędzie monitoringu zaburzeń kontroli motorycznej.

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii, Katedra Medycyny Sportu i Fizykoterapii
Zakład Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
Opiekun naukowy pracy: dr Patrycja Rąglewska

Zalety i wady wykorzystania druku 3D w fizjoterapii.

Wprowadzenie: Drukarka 3D jest to urządzenie służące do drukowania trójwymiarowych przedmiotów. Istnieje wiele technik drukowania wykorzystujących różnego typu materiały np. polimery, srebro, ceramikę a nawet czekoladę. Powstałe elementy znajdują zastosowanie w każdej dziedzinie życia poczynając od przemysłu samochodowego, poprzez dekorację, a kończąc na medycynie. Fakt, że w Polsce istnieje kilkanaście firm produkujących drukarki 3D dowodzi, iż nie jest to niedostępna nowość, a rzecz stosowana na co dzień.

Cel pracy: Celem pracy jest przybliżenie zalet i wad druku 3D oraz jego wykorzystania w fizjoterapii.

Fizjoterapeuta często pracuje z zaopatrzeniem ortopedycznym. Ciekawym przykładem okazują się lekkie, ażurowe, drukowane z polimerów zamienniki opatrunków gipsowych, które mogą być wykorzystywane przy długo gojących się złamaniach. Obecnie na całym świecie trwają prace nad egzoszkieletemi, które wykorzystywane są także w fizjoterapii.

W przypadku braku czynnej kontroli nad mięśniami ręki pomaga on utrzymać pożądaną pozycję. Do jego produkcji potrzebna jest jedna drukarka oraz wybrany materiał w cenie kilkudziesięciu złotych za kilogram. W ten sposób w niedrogi sposób zaopatruje się egzoszkieletem „Robohand” dzieci i dorosłych po amputacjach palców lub z wrodzonym niedorozwojem rąk. Nazwa egzoszkielec mylnie kojarzy się z wysoką technologią, ponieważ nawet studenci są w stanie wydrukować w pełni funkcjonalne egzemplarze.

Wnioski: Rolą fizjoterapeuty jest pomoc pacjentowi w osiągnięciu jak najlepszej sprawności fizycznej. W tym celu warto wykorzystywać nieustający rozwój technologii i czerpać z niego inspiracje.

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii

przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii

Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

Opiekun naukowy pracy: dr n. med. Piotr Gawda

Wpływ ćwiczeń równoważnych na zmianę obciążenia kończyn dolnych.

Wprowadzenie: Dzisiejszy świat oferując nam wygodny siedzący styl życia, jednocześnie pozbawia nas odpowiedniego bodźcowania proprioceptywnego oraz odruchów, które pomagają w utrzymaniu równowagi. Jest to jeden z czynników, który ma istotny wpływ dla zachowania symetrii obciążenia kończyn dolnych, a ta z kolei ma bardzo istotny wpływ dla utrzymania prawidłowej postawy.

Cel pracy: Celem naszej pracy było zbadanie wpływu ćwiczeń równoważnych na dysku sensomotorycznym, na zmianę obciążenia kończyn w swobodnym stanie i przysiadzie.

Materiał i metoda: Badaniami objęto 15 studentów UM w Lublinie. Dobór osób był losowy. Średnia wieku wynosiła 22,4. Wykonane zostały cztery pomiary obciążenia kończyn. Pierwszy pomiar w stanie swobodnym, a następne trzy w poszczególnych fazach przysiadu ze zgięciem w stawie kolanowym o mierze 30, 60 i 90 stopni. Badanie powtórzono po ćwiczeniach równoważnych.

Wyniki: U ponad połowy badanych stwierdzono asymetrię obciążenia kończyn dolnych. Po wykonaniu ćwiczeń równoważnych asymetria obciążeń kończyn dolnych zmniejszyła się zarówno w stanie swobodnym jak i w każdej fazie przysiadu.

Wnioski: 1. Najwidoczniejsza poprawa symetrycznego obciążenia kończyn po ćwiczeniach była w 60 stopniach przysiadu stawu kolanowego. 2. Ćwiczenia równoważne pozytywnie wpływają na symetrię obciążenia kończyn dolnych, co niewątpliwie zmniejsza ryzyko występowania urazów. 3. U wszystkich badanych prawa kończyna była bardziej obciążana zarówno przed jak i po ćwiczeniach.

Wiedza pacjentów na temat działania i bezpieczeństwa stosowania zabiegów fizykalnych.

Wprowadzenie: Wykonując zabiegi fizykalne należy bezwzględnie przestrzegać zasad bezpieczeństwa zwracając szczególną uwagę na odczucia pacjentów. Przed wykonaniem zabiegu konieczne jest poinformowanie pacjenta o zasadach bhp w celu zminimalizowania wystąpienia zagrożeń (oparzeń, odmrożeń, zatrzymania czynności serca, uszkodzenia aparatu wzrokowego itd.). Brak wiedzy pacjentów na temat stosowanego u nich zabiegu jest tylko jednym z niebezpieczeństw zwiększających ryzyko występowania powikłań. W dobie ułatwionego dostępu do środków masowego przekazu (np. internetu), pacjenci nieuświadomiani przez fizjoterapeutów o zasadach bhp podczas wykonywania zabiegu, do którego przystępują, starają się uzupełnić informacje samodzielnie z wątpliwych źródeł. Zaczepnięte w ten sposób informacje stają się często powodem braku lub opóźnionej reakcji pacjenta na nieprawidłowe odczucia lub źle wykonaną przez fizjoterapeutę metodykę zabiegu.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie źródła wiedzy, z którego czerpią pacjenci na temat stosowanych u nich zabiegów fizykalnych oraz ocena znajomości przez nich zasad bezpieczeństwa wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów, z czego kobiety stanowiły 64%, a mężczyźni 36%. Osoby badane były między 25 a 45 rokiem życia. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań i metryczki.

Wyniki i wnioski: Z badań wynika, że 77% badanych przed przystąpieniem do zabiegu fizykoterapeutycznego zasięgała informacji dotyczących jego przebiegu. Wiedzę tą respondenci pozyskiwali od lekarzy przepisujących zabieg, z internetu lub od innych pacjentów. Większość pacjentów nie potrafiła udzielić prawidłowej odpowiedzi na pytania dotyczące bezpieczeństwa stosowania poszczególnych zabiegów. Na szczególne podkreślenie zasługują odpowiedzi pacjentów: brak konieczności noszenia okularów ochronnych przy zabiegach z zakresu laseroterapii, gdy te wykonywane są na tylną część ciała (40% badanych), traktowanie odczuć intensywnego mrowienia, ciepła, pieczenia lub klucia, jako odczuć charakterystycznych dla zabiegu jonoforezy (37% badanych), nakładanie podkładu lekowego pod obie elektrody w celu zwiększenia jego wchłaniania (17% badanych). Błędne odpowiedzi dotyczyły w głównej mierze zabiegów z zakresu laseroterapii, krioterapii, elektroterapii (TENS, jonoforeza) oraz ultradźwięków. Respondenci znają natomiast bardzo dobrze podstawy przebiegu zabiegu magnetoterapii, jednakże w czasie jego trwania 24% badanych nie widzi przeciwwskazań do korzystania z telefonu komórkowego.

Z czego zatem wynikają błędy w odpowiedziach pacjentów na temat towarzyszących odczuć w trakcie zabiegu, czy podstawowych zasad bezpieczeństwa? Wynikać mogą one z faktu, iż 61% respondentów przystępując do zabiegów nie otrzymało podstawowej wiedzy od fizjoterapeuty, co do odczuć i zasad bhp, jakich powinni przestrzegać przy wykonywaniu poszczególnych zabiegów fizykalnych.

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii
przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

Wiedza studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat usprawniania po zabiegu mastektomii.

Wprowadzenie: Rak piersi jest drugim po raku płuc najczęściej diagnozowanym nowotworem na świecie. Występuje u kobiet, zarówno w bardziej, jak i mniej rozwiniętych regionach świata. Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby wynikające z zabiegu mastektomii upośledzają nie tylko fizycznie, ale i wpływają na psychikę, a także na funkcjonowanie chorych w społeczeństwie. Zabieg chirurgiczny usunięcia piersi wiąże się z długotrwałą rehabilitacją, bez której pacjent nie jest w stanie samodzielnie powrócić do zdrowia.

Cel pracy: Ocena wiedzy studentów kierunku fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat usprawniania pacjentek po zabiegu mastektomii.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Grupę badaną stanowiło 60 osób, w tym 16 mężczyzn i 44 kobiety. Średnia wieku respondentów wynosiła 22 lata. Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 19 pytań zamkniętych, w tym 7 pytań wielokrotnego wyboru.

Wyniki: Z analizy badań wynika, iż 85% ankietowanych wskazało prawidłową definicję mastektomii i aż 68% badanych potrafi wymienić prawidłowe rodzaje tego zabiegu. Ponad połowa respondentów nie wie, w której dobie po zabiegu należy rozpocząć usprawnianie pacjenta. Tylko 32% ankietowanych wie jakie części ciała powinna obejmować terapia przeciwobrzękowa i przeciwzakrzepowa, a 80 % studentów nie zna prawidłowej kolejności dotyczącej opracowywania części ciała w drenażu limfatycznym.

Wnioski: Wiedza studentów z zakresu usprawniania po zabiegu mastektomii jest dość dobra, ale niewystarczająca by rehabilitacja była bezpieczna, a jej efekty w pełni zadowalające dla pacjentek.

Słowa kluczowe: mastektomia, usprawnianie, obrzęk limfatyczny, nowotwór piersi

SESJA II

DOKTORANTÓW
I MŁODYCH PRACOWNIKÓW NAUKI

MODERATORZY

Dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

- Przewodniczący Sesji

Dr hab. n. o kult. fiz. Teresa Pop prof. nadzw. UR

Dr Patrycja Rąglewska

Dr n. med. Jolanta Taczala

Nowoczesna forma edukacji chodu z zastosowaniem mobilnego egzoszkieletu EKSO GT u dzieci z MPD - doniesienia wstępne.

Wprowadzenie: MPD jest zespołem określającym różnorodne zaburzenia ruchu i postawy ciała, wynikające z uszkodzenia mózgu. Jednym z zadań fizjoterapeuty jest przygotowanie oraz edukacja dziecka do czynności lokomocji. W ramach Projektu EKSO – Krok po zdrowie, pacjenci Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie mieli możliwość wzięcia udziału w pięciodniowej terapii z wykorzystaniem mobilnego egzoszkieletu EKSO GT.

Cel pracy: Niniejsza praca ma na celu przedstawienie doniesień wstępnych z zastosowania bionicznego szkieletu w terapii dzieci z MPD, oraz wpływu na proces usprawniania.

Materiał i metoda: Badania prowadzono w okresie od 26 stycznia 2015 roku do 30 stycznia 2015 roku. W wyniku selekcji funkcjonalnej z egzoszkieletem korzystała trójka dzieci z MPD (ocena zdolności ruchowej na III i IV poziomie wg skali Gross Motor Function Classification System).

Wyniki: Zaobserwowano pozytywny wpływ wykorzystania mobilnego egzoszkieletu EKSO GT na dalszy przebieg procesu nauki chodu u pacjentów z MPD. W szczególności stwierdzono poprawę stabilizacji tułowia oraz znaczne przyspieszenie osiągnięcia pożądanego rezultatu w porównaniu z zastosowaniem dotychczasowo wykorzystywanych metod w analogicznych przypadkach.

Wnioski: Przeprowadzone badania wykazały duże możliwości do prowadzenia procesu edukacji chodu u dzieci z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. Wykorzystanie testowanego urządzenia pozwala na nowe spojrzenie na terapię dzieci z MPD. Za pomocą EKSO GT możliwe jest przełamanie towarzyszących barier w zakresie lokomocji umożliwienie dzieciom przemieszczania się w pozycji stojącej. Osiągnięcie pozytywnego rezultatu możliwe jest w stosunkowo krótkim okresie czasu.

Ewa Kolodziej¹, Piotr Turmiński², Tomasz Zawislak², Katarzyna Król-Turmińska³, Agnieszka Borzęcka⁴, Agnieszka Staciwa⁵

¹ Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM

³ Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Katedra i Zakład Epidemiologii, II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym,

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁵ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej

II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKN: dr hab. n. med. Alina Olender

Analiza wpływu różnych form aktywności fizycznej na kształtowanie się zdolności motorycznych studentów uczelni wyższych.

Wstęp: Człowiek charakteryzujący się dobrym stanem zdrowia, pragnąc utrzymać taki stan przez długie lata, świadomie podejmuje systematyczną aktywność ruchową, będącą jednym z najważniejszych, poddających się kontroli i modyfikacji, składników zdrowego stylu życia. By podejmowana aktywność ruchowa była bezpieczna dla zdrowia, niezbędna jest dostateczna sprawność i wydolność fizyczna organizmu. Poziom tych parametrów decyduje o przygotowaniu czynnościowym do podejmowania wysiłku i fizjologicznej tolerancji organizmu, zaś wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej przydatne są tak do formułowania zaleceń treningowych, jak i do oceny fizjologicznych efektów treningu.

Cel pracy: W pracy podjęto próbę analizy wpływu różnych form aktywności fizycznej na kształtowanie się zdolności motorycznych studentów uczelni wyższych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono od stycznia do kwietnia 2013 roku na grupie studentów z 5 lubelskich uczelni wyższych (Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Politechnika Lubelska oraz Uniwersytet Przyrodniczy). Z każdej uczelni losowo wybrano 20 osób. W grupie badanej liczącej 100 osób znalazło się 26 mężczyzn i 74 kobiety. Do zbadania opinii studentów o prowadzonym stylu życia, preferencjach, ograniczeniach i motywacji do podejmowania wysiłku fizycznego wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 12 pytań dotyczących aktywności fizycznej. Ocena sprawności fizycznej została przeprowadzona za pomocą 8 prób sprawnościowych w postaci „self-testów”. Oznacza to, że badani sami przeprowadzali i oceniali swój wynik w poszczególnych próbach. Do oceny testów zastosowano klucz własnego autorstwa uprzednio zestawiony z kartą wyników i interpretacji stworzoną przez Pilicza.

Wnioski: 1. Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej wpływa na poziom poszczególnych zdolności motorycznych i parametrów fizjologicznych. 2. Lekkoatletyka najbardziej wszechstronnie kształci zdolności motoryczne.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, studenci, aktywność motoryczna

Jak zbadać precyzję ruchu i aktywność mięśni – czyli analiza cyklokinogramu kończyny górnej.

Wprowadzenie: Precyzja ruchu stanowi jedną ze składowych części koordynacyjnych zdolności motorycznych. Polega na łączeniu i dostosowaniu ruchów do zmieniających się sytuacji, rytmizacji i symetryzacji ruchów, kinestetycznym różnicowaniu oraz umiejętności kontrolowania aktywności mięśni. Jest zatem niezwykle istotna zarówno w dziedzinach sportu, jak i w codziennych czynnościach.

Jak zbadać poziom precyzji ruchów oraz aktywność mięśni? Z pomocą przychodzą tu metody kinematyczne, obejmujące analizę geometrycznych właściwości ruchu. Polegają one na pomiarze trajektorii wybranych punktów, pomiarze kątów, prędkości oraz przyspieszeń poszczególnych segmentów ciała. Pośrednio natomiast pozwalają wyznaczyć dynamiczne parametry ruchu, takie jak moment siły mięśniowej. Jedną z takich metod jest niezbyt popularna, lecz stosunkowo prosta w wykonaniu analiza cyklokinogramu. Cyklokinogram stanowi obraz kolejnych zarejestrowanych położań wybranej części ciała.

Materiał i metoda: W niniejszej pracy posłużono się metodą analizy cyklokinogramu dla zbadania ruchu odwodzenia i przywodzenia kończyny górnej w warunkach narastającego obciążenia i zmęczenia mięśni. Zbadanych zostało 10 osób w wieku od 20 do 58 lat (4 kobiety i 6 mężczyzn). Zadaniem badanych było wykonanie kolejno różnych wariantów ruchu odwodzenia i przywodzenia kończyny górnej w specjalnym rękawie z przymocowanymi do niego diodami LED. Wykonanie cyklokinogramu było możliwe poprzez fotografowanie poruszającej się w rękawie kończyny w zaciemnieniu z dłuższym czasem migawki aparatu. W efekcie otrzymano obraz przedstawiający tor ruchu kończyny górnej w płaszczyźnie czołowej.

Wyniki: Analiza cyklokinogramu polegała na odczycie współrzędnych punktów za pomocą napisanego specjalnie na potrzeby tej pracy programu oraz wyznaczeniu kątów pomiędzy kolejnymi położeniami kończyny. Następnie obliczono dynamiczne parametry ruchu, a wynik końcowy stanowiły wykresy momentów sił w zależności od całkowitego czasu ruchu. Interpretacja sporządzonych wykresów pozwoliła na wyznaczenie znalezienie pewnych cech sterowania ruchem kończyny górnej, a także związku między aktywnością mięśni a precyzją ruchu oraz ich zależnością od płci.

Wnioski: Na podstawie wyników badań stwierdzono, iż większe obciążenie kończyny górnej powoduje spadek precyzji ruchu. Po drugie, aktywność mięśni nie rośnie liniowo wraz ze wzrastającym obciążeniem kończyny górnej. Jednocześnie obserwujemy spadek kontroli ruchu. Co więcej, kobiety wykazały większą precyzję ruchu w stosunku do mężczyzn.

Słowa kluczowe: metody kinematyczne, cyklokinogram, precyzja, aktywność mięśni, moment siły mięśniowej

Ocena porównawcza skuteczności leczenia „łokcia tenisisty” z użyciem PRP i jonoforezy z Diprophosem.

Wprowadzenie: „Łokieć tenisisty” objawia się poprzez ból w okolicy nadkłykcia bocznego kości ramiennej, osłabieniem siły mięśniowej mięśni przedramienia zwłaszcza podczas ruchów wykonywanych z grzbietowo zgiętym nadgarstkiem. Dolegliwości bólowe związane z entezopatiami okolicy łokcia dotyczą zarówno kobiet jak i mężczyzn, najczęściej w wieku 40-50 lat w dominującej kończynie górnej. Standardowe postępowanie lecznicze oparte jest na unieruchomieniu, zabiegach z dziedziny zakresu fizykoterapii, mobilizacjach i leczeniu operacyjnym. Coraz większą popularnością cieszą się iniekcje wykorzystujące osocze bogatopłytkowe.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia entezopatii nadkłykcia bocznego kości ramiennej z użyciem PRP oraz jonoforezy z Diprophosem.

Material i metoda: Badanie wykonano na grupie 45 pacjentów- średnia wieku 44 lata. Badanych podzielono losowo na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły 23 osoby poddane zabiegowi czynnikami wzrostu, natomiast druga grupa, to osoby poddane zabiegowi jonoforezy. Stan czynnościowy łokcia badano za pomocą skal: Quick-Dash, Elbow-Mayo i analogowej skali bólu. Chorzy zostali zbadani przed leczeniem, po 6 tygodniach oraz 3, 6 i 12 miesiącach po zakończonym leczeniu. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że średni czas trwania dolegliwości bólowych w grupie I trwał 14 dni, natomiast w grupie II wynosił 16 dni.

Wyniki: W grupie I średni wynik skali Quick- Dash to 50, Elbow- Mayo to 58, natomiast VAS to-8. W II grupie skala Quick- Dash dała wynik 51, skala Elbow Mayo 48 oraz skala VAS-8. Ostatnie badanie kontrolne zostało wykonane po 12 miesiącach. W grupie I średni wynik skali Quick- Dash to 5, Elbow Mayo to 96 i VAS -1. W grupie II skala Quick-Dash dała średni wynik 20, skala Elbow Mayo 68 oraz skala VAS-6.

Wnioski: Badania ukazały wyraźne zmniejszenie dolegliwości bólowych i polepszenia funkcji kończyny zarówno w przypadku użycia PRP jak i jonoforezy. Zastosowane leczenie z wykorzystaniem czynników wzrostu dało trwalsze efekty. W przypadku osób poddanych leczeniu z użyciem jonoforezy nastąpiło pogorszenie wyników w stosunku do badań przeprowadzonych w 6 miesiącu.

Efekty zastosowania Funkcjonalnej Stymulacji Magnetycznej w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

Wprowadzenie: Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych jest najpowszechniejszym schorzeniem stawów obwodowych szczególnie dotyczy osób po 40 roku życia. Dolegliwości bólowe w stawach kolanowych mające charakter przewlekły w znacznym stopniu utrudniają codzienne funkcjonowanie i wpływają na obniżenie poczucia jakości życia u osób chorych. Funkcjonalna Stymulacja Magnetyczna jest jedną z nowoczesnych metod leczenia tych dolegliwości.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności zastosowania Funkcjonalnej Terapii Magnetycznej w terapii zwyrodnienia stawów kolanowych.

Materiał i metody: Badania prowadzono od grudnia 2014 roku do marca 2015 roku w Centrum Rehabilitacyjno-Sportowym MediSport w Lublinie. Grupę badaną stanowiło 15 osób z chorobą zwyrodnieniową stawów w wieku 21-52 lat. Jako narzędziem oceny skuteczności terapii FMS posłużono się skalą VAS w teście kompresyjnym rzepki oraz zakresem ruchomości stawów kolanowych wykonywanych przed i po terapii.

Wyniki: Po terapii FMS około 80% pacjentów odczuło znaczną poprawę i swój poziom bólu określiło jako brak lub ból słaby. U większości badanych osób stwierdzono także zwiększenie zakresu zgięcia w stawach kolanowych.

Wnioski: Funkcjonalna Stymulacja Magnetyczna wpływa na zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjentów ze zwyrodnieniem stawów kolanowych. Ta nieinwazyjna metoda może stać się alternatywą dla tradycyjnych metod leczenia tego typu dolegliwości.

**Efektywność zastosowania technik mobilizacji z ruchem
według koncepcji Mulligana w leczeniu szyjnopochodnego bólu głowy.**

Wprowadzenie: Na podstawie danych empirycznych szacuje się, iż ból głowy pochodzenia szyjnego stanowi od 15 do 20% wszystkich przewlekłych i nawracających bólów głowy. Pomimo, iż koncepcja Mulligana, polegająca na połączeniu ruchu biernego wykonywanego przez terapeutę i ruchu czynnego wykonywanego przez pacjenta, bardzo często znajduje zastosowanie w leczeniu tego typu dolegliwości, wciąż istnieje niedostatek opracowań empirycznych dotyczących skuteczności zastosowania technik mobilizacji z ruchem w praktyce klinicznej.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy była ocena skuteczności technik mobilizacji z ruchem według koncepcji Mulligana w leczeniu szyjnopochodnego bólu głowy.

Materiał i metody: Badaniem objęto 22 pacjentów (59% kobiet; $M_{age}=43,69$; $SD_{age}=8,85$) z przewlekłym bólem głowy pochodzenia szyjnego, zdiagnozowanym na podstawie kryteriów jego rozpoznawania zawartych w International Classification of Headache Disorders (IHC). W ocenie zaburzeń prawidłowej ruchomości górnego odcinka szyjnego kręgosłupa posłużono się testem FRT (cervical Flexion-Rotation Test). Stopień niepełnosprawności funkcjonalnej badanych spowodowany bólem głowy oszacowano wykorzystując skalę HADLI (ang. Headache Activities of Daily Living Index), natomiast nasilenie dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS (ang. Visual Analogue Scale). Jako procedurę terapeutyczną zastosowano technikę SNAG (Sustained Natural Apophyseal Glide – naturalny, przedłużony ślizg w stawach międzywyrostkowych) dla ograniczonej rotacji kręgosłupa szyjnego na poziomie C1/C2. Sesja terapeutyczna odbywała się raz dziennie, przez 5 kolejnych dni tygodnia.

Wyniki: Średnie wartości punktowe uzyskane w skali HADLI po zakończeniu 5-dniowej sesji terapeutycznej wyniosły: $2,4 \pm 0,6$; i były istotnie statystycznie niższe ($p<0,001$) w stosunku do wartości odnotowanych przed przystąpieniem do terapii ($26,6 \pm 7,67$). Odnotowano znamienne zwiększenie zakresu ruchomości odcinka szyjnego (średnio o 22°) - w odniesieniu do danych wyjściowych sprzed terapii. Nasilenie dolegliwości bólowych mierzone skalą VAS również istotnie się zmniejszyło (odpowiednio: $5,5 \pm 2,6$ vs $1,2 \pm 0,5$; $p<0,001$).

Wnioski: Przedstawione w niniejszej pracy wyniki badań dostarczają przekonujących dowodów na skuteczność zastosowania technik mobilizacji z ruchem na poziomie C1/C2 u pacjentów z szyjnopochodnym bólem głowy.

Słowa kluczowe: Mulligan, bóle głowy, kręgosłup szyjny, mobilizacja

Nowoczesna terapia korekcji skolioz z użyciem aparatu SKOL-AS – doniesienie wstępne.

Wstęp: Lekarze oraz fizjoterapeuci od lat szukają skutecznej metody rehabilitacji skolioz. Obecnie w praktyce stosuje się metody oparte o specyficzną fizjoterapię (ang. scoliosis specific exercises), a także elektrostymulację, masaż, terapię manualną, osteopatię oraz zaopatrzenie ortopedyczne. Metodą, która daje możliwość połączenia terapii oddziałującej na układ nerwowy oraz na układ statyczno – dynamiczny kręgosłupa jest praca z wykorzystaniem aparatu SKOL – AS. Proponowana metoda oparta jest na analizie patomechaniki bocznych skrzywień kręgosłupa, polegającej na czynnej, segmentarnej korekcji skrzywienia. Głównym celem tej terapii jest wyrobienie zdolności czynnego korygowania skrzywienia oraz utrzymania prawidłowej postawy. Każde ćwiczenie wykonywane jest trójpłaszczyznowo, równocześnie oddziałując na bierny i czynny mechanizm stabilizujący, a także na układ nerwowy.

Twórcy metodyki korekcji skolioz przy użyciu aparatu SKOL-AS dr Andrzej Suchanowski oraz mgr Andrzej Stolarz określają dokładnie metodykę treningowo – korekcyjną. Rozpoczyna się ona badaniem wyjściowym, rozpracowaniem mięśniowo – powięziowym, a także rozgrzewką przygotowującą do ćwiczeń w aparacie SKOL – AS. Pierwszym etapem, trwającym od 2 do 3 miesięcy jest przygotowanie wytrzymałościowe. Wykonuje się tu ćwiczenia wszechstronnie przygotowujące oraz ćwiczenia ukierunkowane. Następnie wprowadzane są elementy wytrzymałości siłowej, trening wybranych grup mięśni, a także trening względnej szybkości ruchu. Ostatnim etapem jest praca nad poprawnym nawykiem ruchowym – trening funkcjonalny. Twórcy metody zwracają szczególną uwagę na systematyczność kontroli lekarskiej, ocenę efektywności treningu i postępu korekcji, stosowanie rozgrzewki, zachowanie właściwych relacji między pracą, a wypoczynkiem, przestrzeganie zasady WUS (wszechstronne, ukierunkowane, specjalistyczne ćwiczenia), zastosowanie formy zadaniowej w ostatnich okresach.

Metoda: Terapia korekcji skolioz z wykorzystaniem aparatu SKOL – AS proponuje zestaw ćwiczeń, w trakcie których powstaje odwrotny do kierunku rozwoju skoliozy trójpłaszczyznowy, korygujący ruch kręgosłupa. Dzięki budowie aparatu umożliwiającą ustabilizowaną pozycję ciała pacjenta terapeuta ma pewność, że działa na szczyt skrzywienia unikając niekorzystnych kompensacji w innych odcinkach kręgosłupa. Dodatkowo, ćwiczenia w aparacie nie sprawiają trudności i są dobrze tolerowane przez dzieci i młodzież ze skoliozą.

Słowa kluczowe: skolioza, trójpłaszczyznowa terapia skolioz, aparat SKOL-AS

Ewaluacja efektów przeciwbólowych z wykorzystaniem hydroterapii u pacjentów z chorobą Raynaud’a – doniesienia wstępne.

Wprowadzenie: Choroba Raynaud’a to napadowy skurcz tętnic w obrębie rąk, dużo rzadziej stóp. Choroba ta przebiega bez zmian troficznych skóry. Zdarza się, że objawy choroby Raynaud’a są zapowiedzią rozwijającej się powoli choroby układowej i poprzedzają o kilka lat postawienie właściwego rozpoznania – wówczas mówi się o zespole Raynaud’a. Należy więc odróżnić chorobę Raynaud’a od zespołu Raynaud’a.

Cel pracy: Ocena zmiany natężenia bólu u pacjentów z chorobą Raynaud’a po zastosowaniu zabiegów wykonywanych w środowisku wodnym (masaż wirowy, kąpiele elektryczno-wodne).

Materiał i metoda: Badaniami objęto 17 pacjentów. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 19 do 26 lat (średnia wieku 22,11). Chorych podzielono na dwie grupy: A i B. Grupa A – 9 pacjentów (7 kobiet, 3 mężczyzn) z chorobą Raynaud’a, u których stosowano masaż wirowy. Grupa B – 8 pacjentów (5 kobiet, 2 mężczyzn) z chorobą Raynaud’a, u których stosowano kąpiele elektryczno-wodne kończyn górnych (2-u komorowe). Natężenie bólu oceniano za pomocą 11-sto stopniowej skali NRS, gdzie 0 to brak bólu, a 10 to najsilniejszy wyobrażalny przez pacjenta ból.

Wyniki: W grupie A: przed zabiegami średnie natężenie bólu w skali NRS oceniane zostało przez pacjentów na 6,9; po pierwszej serii zabiegów natężenie bólu uległo obniżeniu do 5,8; po 2 tygodniach od zakończenia pierwszej serii zabiegów natężenie bólu nieznacznie wzrosło do wartości 6,3; druga seria zabiegów spowodowała obniżenie natężenia bólu do wartości 4,8. W grupie B: przed zabiegami średnie natężenie bólu w skali NRS oceniane zostało przez pacjentów na 6,85; po pierwszej serii zabiegów natężenie bólu uległo obniżeniu do 5,42; po 2 tygodniach od zakończenia pierwszej serii zabiegów natężenie bólu także uległo nieznaczniemu wzrostowi do wartości 6,28; druga seria zabiegów spowodowała obniżenie natężenia bólu do wartości 4,71.

Dyskusja: Pacjenci z chorobą Raynaud’a cierpią z powodu napadowych skurczów dystalnych tętnic głównie kończyn górnych. Nieznany jest czynnik etiologiczny dlatego właściwą terapią jest leczenie objawowe oparte na farmakoterapii i fizykoterapii. Hydroterapia jest metodą umożliwiającą redukcję natężenia odczuwanego przez pacjentów bólu, a także zmniejszającą częstotliwość napadów.

Wnioski: Bezpośrednio po zakończeniu I serii zabiegów u wszystkich pacjentów zauważono zmniejszenie natężenia bólu. Zaobserwowano nieznacznie większy efekt przeciwbólowy u chorych w grupie B. Krótkoterminowe efekty (2 tygodnie po serii zabiegów) są nietrwałe i natężenie bólu powraca niemal do progu wyjściowego. Druga seria zabiegów wzmacnia efekt przeciwbólowy. Skojarzona terapia wielu metod fizykalnych wraz z farmakoterapią wydaje się mieć najkorzystniejszy wpływ na redukcję objawów choroby.

Hydroterapia jako metoda wspomagająca leczenie bólu neuropatycznego w przebiegu cukrzycy - doniesienia wstępne.

Wstęp: Ból neuropatyczny jest zespołem objawów podmiotowych i przedmiotowych, które są spowodowane wieloma chorobami lub uszkodzeniami. Jest zainicjowany lub wywołany uszkodzeniem czy też dysfunkcją obwodowego lub centralnego układu nerwowego. Ból neuropatyczny występuje u 8-26% pacjentów z cukrzycą typu 2. U podłoża tej polineuropatii leżą zmiany w obrębie aksonów oraz odcinkowa demielinizacja.

Cel badań: ocena zmiany natężenia bólu neuropatycznego u chorych z polineuropatią cukrzycową po zastosowanych zabiegach hydroterapii (masaż wirowy, kąpiele elektryczno-wodne).

Material i metody: Badaniem objęto 41 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, których podzielono na grupę A (24 pacjentów-masaż wirowy), grupę B (17 pacjentów- kąpiele elektryczno-wodne). Wiek badanych 55-76 lat. U pacjentów z grupy A i B zastosowano zabiegi trwające po 20 minut. Wykonano serię 10 zabiegów hydroterapii w odstępach 2-3 dni. Przed zabiegami i po ich zakończeniu badano natężenie bólu w skali NRS. Badania prowadzono w Poradni Leczenia Bólu i Ośrodka Rehabilitacji w Tarnobrzegu.

Wyniki: Grupa A: przed zabiegami natężenie bólu w skali NRS pacjenci oceniali na: grupa I- 7 pacjentów na 8, grupa II-11 pacjentów na 7, grupa III-6 pacjentów na 6. Po zakończeniu zabiegów: w grupie I i II zmniejszyło się natężenie bólu o 2 w skali NRS, w grupie III o 1.

Grupa B: przed zabiegami natężenie bólu w skali NRS wynosiło: grupa I- u 6 pacjentów na 8, grupa II- u 7 pacjentów na 7, grupa III- u 4 pacjentów na 5. Po zakończeniu zabiegów zmniejszyło się natężenie bólu w skali NRS: w grupie I o 3, w grupie II o 2, w grupie III o 1.

Omówienie: Bolesna polineuropatia cukrzycowa jest zespołem bólowym opornym na leczenie. Wykorzystywana jest terapia multimodalna oparta na kojarzeniu leków przeciwbólowych z różnych grup, techniki inwazyjnego uśmierzania bólu oraz rehabilitacja. Hydroterapia jest jedną z metod, która zmniejsza natężenie bólu w polineuropatii cukrzycowej.

Wnioski: Po zakończeniu zabiegów zauważono zmniejszenie natężenia bólu u wszystkich pacjentów. W grupie B zaobserwowano większy efekt przeciwbólowy u pacjentów z wyjściowo silniejszym natężeniem bólu w porównaniu z grupą A. Długoterminowy efekt przeciwbólowy działania farmakoterapii z hydroterapią jest nieznany i wymaga przeprowadzenia dalszych badań.

Diagnostyka wg McKenzie w dolegliwościach bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Wprowadzenie: Metoda McKenzie'go bazuje na wykonywaniu serii specyficznych ruchów w odpowiednim kierunku oraz przyjmowaniu odpowiednich pozycji statycznych. Głównym celem specjalnie opracowanej terapii jest wyeliminowanie przyczyny dolegliwości i zapobieganie powtórny incydentom bólowym. Diagnostyka w metodzie McKenzie MDT opiera się na szczegółowym wywiadzie, badaniu klinicznym, wielu testach diagnostycznych i technikach manualnych. Jako system samodzielnego radzenia sobie z bólem, często wykorzystywana jest w dolegliwościach bólowych kręgosłupa.

Cel pracy: Celem pracy było poznanie możliwości diagnostycznych metody McKenzie MDT w dolegliwościach bólowych kręgosłupa.

Materiały i metody: W badaniach wzięło udział 40 pacjentów NeuroCentrum w Lublinie, 20 kobiet i 20 mężczyzn. Wszyscy pacjenci leczyli się na dyskopatię lędźwiową już od 2-5 lat w innych ośrodkach i przechodzili rehabilitację. Ze względu na towarzyszące dolegliwości bólowe wzięli udział w diagnostyce i leczeniu wg metody McKenzie'go. Do badania wykorzystano kartę badania odcinka lędźwiowego Instytut McKenziego Polska.

Wyniki: Obserwowano zmianę dolegliwości bólowych przed i po testach diagnostycznych podczas pierwszej wizyty. Analiza statystyczna wykazała, iż u wielu pacjentów występował ból o pochodzeniu innym niż dyskopatyczny. Pacjenci, u których występował ból pochodzenia dyskopatycznego stanowili większość badanych i pozytywnie reagowali na testy diagnostyczne.

Wnioski: Metoda McKenzie MDT jest stosowana od wielu lat na całym świecie, jak również w Polsce. Pod względem diagnostycznym pomaga w określeniu pochodzenia dolegliwości bólowych okolicy lędźwiowo-krzyżowej i kończyn dolnych. McKenzie MDT może być stosowana zwłaszcza w diagnostyce neurologicznej, ortopedycznej i geriatrycznej. Stosowanie tej metody może zmniejszyć prawdopodobieństwo błędu medycznego, jak również czas powrotu do zdrowia pacjenta.

Profil aktywności ruchowej kobiet po mastektomii w trakcie leczenia wspomagającego.

Wstęp: Każdego roku rak piersi jest rozpoznawany u około 1,4 miliona kobiet. Jest to najczęstsza przyczyna zgonu (458 tys. rocznie) zmian nowotworowych u kobiet. W krajach zachodnich ryzyko zachorowań wynosi 1:8 i wzrasta z wiekiem. Ocena i analiza aktywności ruchowej kobiet po leczeniu zmian nowotworowych jest znaczącą informacją do oceny i prognozy mediany przeżycia w populacji chorych na raka piersi.

Cel pracy: Celem prowadzonych badań była ocena aktywności ruchowej oraz wyznaczenie globalnego profilu kobiet po mastektomii w trakcie leczenia wspomagającego z terenu całej Polski.

Materiał i metody: W badaniach profilu i oceny aktywności fizycznej wzięło udział 304 kobiet z zaawansowaną postacią raka piersi. W badaniach posłużono się techniką sondażową- kwestionariuszem ankiety, który skierowano do kobiet przebywających w ośrodkach onkologicznych stacjonujących na terenie Polski. Badania zostały przeprowadzone od stycznia do marca 2015 r.

Wyniki: Wyniki przeprowadzonych badań stanowią, że leczenie wspomagające kobiet z diagnozą zaawansowanego nowotworu piersi w znacznym stopniu utrudnia codzienną aktywność fizyczną (50% - n=152), 65% (n=198) respondentek boi podjąć się aktywizacji ruchowej ze względu na poczucie niekompetencji w zakresie działań aktywizacyjnych, u 79% (n=240) występują problemy funkcjonalne i zaburzenia samopoczucia ze względu na długotrwałe poddanie leczeniu wspomagającemu, o 17% spadł stopień podejmowanej aktywności przed/po pojawieniu się nowotworu.

Wnioski: Występowanie zaawansowanej formy nowotworu piersi w sposób znacząco regresyjny zmienia charakter aktywności ruchowej kobiet po mastektomii. Dlatego bardzo ważnym aspektem jest dbałość o rozpowszechnienie czytelnego przekazu na temat potrzeb i kierunku aktywności ruchowej kobiet po zabiegu mastektomii w trakcie leczenia wspomagającego. Może to w sposób znaczący wpłynąć na wskaźnik mediany przeżycia w populacji chorych na raka piersi.

Absolwenci kierunku fizjoterapia
Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wpływ manipulacji kręgosłupa piersiowego i stawów krzyżowo-biodrowych na subiektywną ocenę bólu w odcinku lędźwiowym.

Wprowadzenie: Bóle kręgosłupa w obecnych czasach urastają do rangi choroby cywilizacyjnej. Przyczyny takiego stanu mogą być najróżniejsze, od przeciążeń, przez kompresję do powikłań dyskopatycznych. Do powstania objawów bólowych przyczyniać mogą się również zaburzenia w ruchomości odcinka piersiowego i stawów krzyżowo-biodrowych.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie subiektywnej oceny wpływu manipulacji na objawy bólowe pacjentów skarżących się na przewlekłe bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.

Metoda i materiał: Grupa badana wybierana była spośród pacjentów skarżących się na przewlekłe bóle kręgosłupa w odcinku L-S oceniane w czasie wywiadu na 6-10 w skali VAS. W ankiecie uwzględniono częstotliwość przyjmowania środków przeciwbólowych. Grupa poddana badaniom liczyła 20 pacjentów obu płci w wieku od 28 do 58 lat, u których nie występowały przeciwwskazania do manipulacji. Pacjenci uzupełniali ankietę przed zabiegami, po pierwszym i ostatnim zabiegu, czyli po 5 zabiegach. W czasie pomiędzy drugim a ostatnim zabiegiem dodawano ćwiczenia mięśni tonicznych na obszary objęte nadruchomością w kręgosłupie L-S.

Wyniki: Badania wykazały, że wg subiektywnej oceny bólu, pacjenci stwierdzili wyraźną poprawę zaraz po wykonaniu zabiegu manipulacji, a stan zmniejszonego bądź wyeliminowanego bólu utrzymał się również po zakończeniu serii 5 zabiegów.

Podsumowanie: Badania dowodzą, że w subiektywnej ocenie osób poddanych ankiecie, manipulacja odcinka Th i stawów krzyżowo-biodrowych ma wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych odcinka L-S kręgosłupa.

Słowa kluczowe: bóle kręgosłupa, kręgosłup lędźwiowy, manipulacja

**Zaburzenia przetworzenia sensorycznego, a problemy współistniejące
wpływające na funkcjonowanie dziecka.**

Wprowadzenie: Metoda integracji sensorycznej jest coraz bardziej rozpowszechniona i dostępna, jako metoda terapeutyczna oraz wspierająca rozwój dziecka. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego w znaczący sposób wpływają na funkcjonowanie dziecka i są obecnie obserwowane u coraz większej liczby dzieci.

Cel pracy: Badanie przeprowadzono w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie czy i w jaki sposób choroby i dysfunkcje współistniejące mogą mieć wpływ na przebieg diagnozy i terapii w zakresie zaburzeń przetwarzania sensorycznego.

Materiał i metoda badań: Badanie obejmowało grupę dzieci zgłoszonych na diagnozę w kierunku zaburzeń integracji sensorycznej w Centrum Terapii Zaburzeń Integracji Sensorycznej i Rehabilitacji w Lublinie, analizie poddano arkusze wywiadu oraz arkusze z zajęć terapeutycznych uzupełnione o analizę dokumentacji medycznej uzyskanej od innych specjalistów. Analizie poddano dokumentację 40 dzieci w wieku od 2 lat 6 miesięcy do 9 lat 8 miesięcy, u których przeprowadzona diagnoza wskazywała na zaburzenia integracji sensorycznej. Badanie dotyczyło dzieci bez stwierdzonych zaburzeń całościowych czy upośledzenia umysłowego, które uczestniczyły minimum 6 miesięcy w zajęciach terapeutycznych.

Wyniki: Biorąc pod uwagę problemy współistniejące w momencie podejmowania terapii oraz te, które zostały zdiagnozowane już w trakcie trwania terapii u 26 dzieci stwierdzono schorzenia współistniejące. Największą grupę stanowiły dzieci z zaburzeniami ortoptycznymi (7 badanych), także liczną grupę dzieci z wadą wzroku (5 badanych). U 4 badanych stwierdzono zaburzenia endokrynologiczne, u 3 badanych epilepsję, u 4 badanych wady postawy, wszystkie te zaburzenia, (choć w różnym stopniu) mają wpływ na przebieg diagnozy i terapii dziecka.

Wnioski: Choroby i zaburzenia współistniejące mogą zaburzać wynik diagnozy oraz wpływać na przebieg terapii zaburzeń przetwarzania sensorycznego, wymagają także od terapeuty prowadzącego zajęcia wiedzy na temat prowadzenia terapii dziecka ze specyficznymi trudnościami wynikającymi z tych schorzeń.

Ocena skuteczności dwóch wybranych form terapii manualnej w leczeniu zachowawczym Zespołu Cieńsi Nadgarstka.

Wprowadzenie: Terapia manualna stanowi jeden z najskuteczniejszych sposobów leczenia zachowawczego w Zespole Cieńsi Nadgarstka (ZCN). Jednakże dotychczas przeprowadzone badania koncentrowały się jedynie na ocenie skuteczności wybranych jej metod, nie podejmując szerszej problematyki łączenia różnych jej form oraz nie uwzględniając innych czynników biomechanicznych związanych z tą jednostką chorobową.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie wyników leczenia zachowawczego w Zespole Cieńsi Nadgarstka (ZCN) za pomocą dwóch wybranych form terapii manualnej.

Materiał i metody: Materiał obejmuje 46 pacjentów w przedziale wieku 38-64 lat (średni wiek: $49,53 \pm 10,56$) - z klinicznie rozpoznanym ZCN, których podzielono na 2 grupy. Grupę I stanowiło 23 chorych poddanych neuromobilizacji nerwu pośrodkowego połączonej z mobilizacją stawu nadgarstkowego, natomiast Grupa II obejmowała 23 chorych u których oprócz procedur manualnych przypisanych dla grupy I zastosowano również trakcję i retrakcję odcinka szyjnego kręgosłupa. W badaniu posłużono się następującymi kwestionariuszami: BCTQ (The Boston Carpal Tunnel Questionnaire), DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) oraz skalą VAS (Visual Analogue Scale). Dokonano także oceny zakresu ruchomości dla stawu nadgarstkowego oraz subiektywnej oceny efektywności leczenia.

Wyniki: W obu badanych grupach stwierdzono istotnie statystycznie ($p < 0,05$) lepsze wyniki po zastosowaniu danej formy leczenia - w odniesieniu do danych zebranych przed przystąpieniem do terapii. Porównując skuteczność obu analizowanych form leczenia, wyniki postępowania rehabilitacyjnego były istotnie lepsze w grupie II – względem grupy I, za wyjątkiem zakresu ruchomości stawów nadgarstkowych.

Wnioski: Wnioskuje się, iż kompleksowa terapia ZCN (neuromobilizacja nerwu pośrodkowego połączona z mobilizacją stawów nadgarstkowych oraz procedurami trakcji i retrakcji odcinka szyjnego) stanowi efektywniejszą formę terapii niż podstawowe metody z zakresu terapii manualnej (neuromobilizacja połączona z mobilizacją stawów nadgarstkowych), zmniejszając nie tylko nasilenie objawów, lecz również poprawiając funkcję dłoni.

Zastosowanie termografii do oceny skuteczności manualnego drenażu limfatycznego kończyny górnej u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi – doniesienia wstępne.

Wstęp: Badanie termograficzne to więcej niż zwykły skan ciała. Kamera termowizyjna rejestruje promieniowanie podczerwone wypromieniowane z badanego celu, pozwala nam poprzez rejestracje różnic promieniowania podczerwonego badanego obiektu stworzyć jego obraz temperaturowy. Jako jedyne narzędzie medyczne daje możliwość wczesnego wykrywania i monitorowania zmian w organizmie poprzez pomiar symetryczności rozkładu temperatury na badanej powierzchni ciała.

Rak piersi jest najczęstszą przyczyną śmierci wśród kobiet od 35 do 55 roku życia. Leczenie wiąże się z chirurgicznym usunięciem zmiany nowotworowej z marginesem zdrowych tkanek, a często także węzłów chłonnych. Uszkodzenie struktur miękkich, przecięcie dróg chłonnych lub ich uszkodzenie na wskutek radioterapii prowadzi często do niewydolności układu chłonnego po stronie operowanej. Jest to przyczyną powstania wtórnego obrzęku limfatycznego.

Cel pracy: Celem pracy jest wykorzystanie zastosowania termografii do oceny skuteczności manualnego drenażu limfatycznego kończyny górnej u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Materiał i metody badań: Badaniami objęta została grupa trzydziestoosobowa kobiet z II° klinicznym obrzęku, pacjentek Ośrodka Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Narzędziem badawczym była kamera termowizyjna oraz pomiar obwodu kończyn górnych.

Wyniki: Po zakończeniu serii zabiegu drenażu limfatycznego stwierdzono u wszystkich pacjentów obniżenie się temperatury tkanek miękkich i zmniejszenie się obwodów kończyn górnych.

Wnioski: Po zabiegach drenażu limfatycznego bezwzględny zakres temperatury na badanych kończynach obniżył się. Po zastosowanych zabiegach drenażu limfatycznego obwody kończyn zmniejszyły się. Badania powinny być kontynuowane.

Słowa kluczowe: termografia, obrzęk, drenaż limfatyczny, rak piersi

Symulacja medyczna jako forma kształcenia studentów fizjoterapii.

Wprowadzenie: Symulacja medyczna to dynamicznie rozwijający się kierunek edukacji medycznej, która polega na zastosowaniu prostych trenażerów, wysokiej wierności skomputeryzowanych symulatorów pacjenta lub pacjentów standaryzowanych w symulowanych warunkach klinicznych. Docelowo przewidziane jest powstanie przy każdym ośrodku uniwersyteckim własnego Centrum Symulacji Medycznej(CSM). W tym celu uczelnie medyczne tworzą (CSM), co wynika z obiektywnych wymagań związanych z modernizacją form i metod kształcenia kadr medycznych, dostosowując je do światowych trendów jak również ma ścisły związek z wprowadzaniem reform wyższego szkolnictwa medycznego. Nadrzędnym celem edukacji fizjoterapeutów jest przygotowanie ich do pracy w warunkach klinicznych. Wymaga to od studentów obszernej i zróżnicowanej wiedzy teoretycznej, jak również wiedzy praktycznej i odpowiednich umiejętności proceduralnych. Być może jednym z największych wyzwań placówek edukacyjnych jest znalezienie sposobu, który ułatwiłby studentom przeniesienie i zastosowanie wiedzy w warunkach klinicznych.

Cel badań: Celem pracy było poznanie stosunku oraz określenie stopnia użyteczności technik symulacji medycznej w procesie kształcenia studentów fizjoterapii.

Materiały i metody: W badaniach wzięło udział 80 studentów III roku kierunku fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W każdej grupie przeprowadzono dwa scenariusze symulacyjne z wykorzystaniem symulatora geriatrycznego Nasco LFO400 I. Zadaniem studentów było zastosowanie wybranych procedur fizjoterapeutycznych w symulowanych warunkach klinicznych dostosowanych do sylwetki pacjenta zaprezentowanej podczas części wstępnej zajęć-prebrefingu. W celu określenia stopnia użyteczności i stosunku studentów do technik symulacyjnych wykonano anonimową ankietę przez i po zajęciach. Otrzymane dane analizowano testem Wilcozona, a różnice pomiędzy wynikami uznano za istotne, jeśli $p < 0,05$.

Wyniki: Obserwowano istotny ($p < 0,001$) wzrost wartości badanych parametrów ocenianych przed i po kursie. Analiza statystyczna wykazała, iż ocena samodzielności wykonania wybranych procedur wzrosła istotnie po odbyciu kursu w stosunku do ich oceny przed kursem. Studenci zwrócili uwagę na aspekt praktyczny zajęć symulacyjnych, które znacznie zwiększyły poziom pewności siebie w wykonywaniu procedur fizjoterapeutycznych w rzeczywistych warunkach klinicznych.

Wnioski: Ośrodki na świecie od wielu lat prowadzą zajęcia symulacyjne dla studentów fizjoterapii, w Polsce natomiast jest to stosunkowo nowe zagadnienie, w związku z czym sugerowane są dalsze badania. Możliwe jest korzystanie ze standardów zagranicznych i wdrażanie ich w miarę możliwości w ośrodkach krajowych. Spektrum symulacji medycznej jest zróżnicowane i może być stosowane w procesie nauczania fizjoterapii w tym pediatricznej, neurologicznej, kardiologicznej i pulmonologicznej. Nauka w symulowanych środowiskach, stosowana w odpowiedni sposób, może zapewnić kontrolowane, bezpieczne środowisko nauki, obejmując aspekty kliniczne, techniczne, psychomotoryczne, komunikacji interpersonalnej, pracy zespołowej i umiejętności podejmowania decyzji klinicznych.

Rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu z wykorzystaniem hydroterapii.

Wstęp: Współczesna hydroterapia obejmuje ok. 120 zabiegów z wykorzystaniem wody w różnej jej postaci tj. ciekłej, stałej bądź gazowej przeznaczonej do celów leczniczych i profilaktycznych. Woda umożliwia bodźcowanie fizyczne i chemiczne na żywy organizm, z czego najbardziej wykorzystywane w hydroterapii są działania termiczne, hydrostatyczne i hydrodynamiczne.

Cel badań: Ocena skuteczności wybranych zabiegów hydroterapeutycznych w usprawnianiu objętych niedowładem kończyn u pacjentów po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie w 2014 roku. Do grupy badanej zakwalifikowano 60 chorych. Badania przeprowadzono z użyciem skali Barthel. Wszystkich chorych badano dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz ostatniego dnia pobytu w szpitalu. Wykonywane zabiegi u powyższych pacjentów wchodziły: kąpiele wirowe, kąpiele zmiennocieplne i masaż podwodny.

Wyniki: Poprawa funkcji kończyn objętych niedowładem po zastosowaniu zabiegów z hydroterapii wystąpiła: u 16 (53,33%) kobiet i u 14 (46,67%) mężczyzn, natomiast brak widocznej poprawy zanotowano: u 11 (36,67%) kobiet oraz u 19 (63,33%) badanych mężczyzn. Uzyskane wyniki oscylują na granicy istotności statystycznej $p=0,05$.

Omówienie: Zabiegi wodolecznicze związane są przede wszystkim ze złożonym działaniem na żywe organizmy zespołu czynników, w którym pierwszorzędną rolę odgrywa temperatura i ciśnienie hydrostatyczne. W przypadku chorych po wystąpieniu udaru mózgu, działanie hydroterapii ma za zadanie zapobiegać i zmniejszać spastyczność mięśni kończyn objętych niedowładem.

Wnioski: Usprawnianie pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego mózgu w większości przypadków daje dobre, wczesne efekty. Wiek pacjentów odgrywa istotne znaczenie w procesie rehabilitacji. Im młodszy pacjent, tym osiągnęte przez niego rezultaty są lepsze.

SESJA III

STUDENCKA

MODERATORZY

Dr n. med. Apolinary Ginszt - Przewodniczący Sesji

Dr n. o kult. fiz. Adam Fijewski

Dr n. o kult. fiz. Józef Krzak

Dr n. o zdr. Teresa Stawińska

Wpływ aktywności fizycznej na efekty kompleksowej rehabilitacji u pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Wprowadzenie: Do głównych przyczyn zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa zalicza się brak aktywności fizycznej oraz siedzący tryb życia. Wysiłek fizyczny adekwatny do wieku, poziomu sprawności człowieka jest najlepszym sposobem na zachowanie zdrowia, a także dobrego samopoczucia, stanowi nieoceniony, a zarazem wciąż niedoceniony element zdrowego stylu życia.

Cel pracy: Celem pracy była ocena efektów rehabilitacji pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa. Ocena wpływu aktywności fizycznej pacjenta na częstość występowania zespołów bólowych oraz na efekty prowadzonej rehabilitacji, a także ocena czy wybrane czynniki takie jak: wiek, płeć, BMI pacjenta, miejsce zamieszkania, czas trwania dolegliwości bólowych determinują aktywność fizyczną i efekty prowadzonej rehabilitacji szpitalnej.

Materiał i metoda: Badaniem objęto grupę 26 pacjentów, w tym 15 kobiet i 11 mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 50 lat. Łączny czas trwania leczenia wynosił 3 tygodnie. Do badań zakwalifikowano pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Warunkiem kwalifikacji był przewlekły zespół bólowy utrzymujący się powyżej 3 miesięcy. Przed rozpoczęciem rehabilitacji zbadano aktywność fizyczną pacjentów za pomocą Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ). Efekty rehabilitacji oceniono za pomocą Kwestionariusza Oswestry, badanie przeprowadzono dwukrotnie.

Wyniki: Po przeprowadzonej rehabilitacji nastąpił spadek poziomu niepełnosprawności według Oswestry ($p=0,000^{***}$). Osoby aktywne fizycznie (IPAQ) są bardziej sprawne zarówno przed ($p=0,001^{**}$), jak i po terapii ($p=0,023^{*}$). Osoby bardziej aktywne fizycznie (IPAQ), nieznacznie rzadziej skarżą się na dolegliwości bólowe ($p=0,098$). Młodszy wiek ($p=0,033^{*}$), płeć żeńska ($p=0,057^{*}$) oraz mieszkanie w środowisku wiejskim ($p=0,160$) determinują wyższe efekty terapii według Oswestry, przy czym zależności te są zbliżone do poziomu istotności statystycznej. Efektów terapii nie determinują natomiast BMI oraz czas trwania dolegliwości bólowych. Młodszy wiek ($p=0,093$) oraz krótszy czas trwania dolegliwości bólowych ($p=0,147$) determinują wyższą aktywność fizyczną (IPAQ), wyniki są jednak jedynie zbliżone do poziomu istotności statystycznej. Płeć oraz miejsce zamieszkania nie determinują aktywności fizycznej pacjenta (IPAQ).

Dyskusja: Mc. Carthy i wsp. wykazują w badaniach, że stopień niepełnosprawności funkcjonalnej zależy od wieku pacjenta, im starszy wiek, tym wyższy poziom niepełnosprawności, ponad to zaobserwowali zależność współwystępowania bólów przewlekłych kręgosłupa z nadwagą oraz brakiem aktywności. Hakkinen postrzega właściwie zaplanowane, dostosowane do konkretnego przypadku chorobowego, ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na zwiększenie siły mięśniowej, jako „...profilaktyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne narzędzie w optymalizacji funkcji układów nerwowego i mięśniowego...”. Hubley-Kozey i wsp. wyrażają pogląd, że wiele badań dostarczyło dowodów świadczących o poprawie sprawności pacjentów w codziennych czynnościach oraz współwystępującej redukcji bólu krzyża po systematycznym stosowaniu ćwiczeń fizycznych. Kędra podkreśla w swych doniesieniach, że aktywne spędzanie czasu wolnego, systematyczne i przemyślane ćwiczenia to środki, dzięki którym możemy w znacznym stopniu ograniczyć częstość występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa.

Wnioski: 1. Podejmowanie aktywności fizycznej w istotny sposób wpływa na mniejszy poziom niepełnosprawności pacjenta oraz przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. 2. Odpowiednio dobrana dla pacjenta aktywność fizyczna powinna stać się nieodłącznym elementem zdrowego stylu życia.

Słowa kluczowe: zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa, aktywność fizyczna, rehabilitacja

Zastosowanie aktywności fizycznej w leczeniu fibromialgii.

Wstęp: Fibromialgia (FMS) jest zespołem chorobowym, charakteryzującym się uogólnionym bólem oraz tkliwością tkanek miękkich. Stanowi ważny problem kliniczny, według danych epidemiologicznych występuje u 2-4% populacji, sześciokrotnie częściej u kobiet. Choroba może przebiegać w dwóch formach: miejscowej i uogólnionej. Charakteryzuje się wieloogniskowym przewlekłym bólem prowadzącym do chronicznego stresu, skutkującym lękiem, zaburzeniami snu oraz depresją. Innymi charakterystycznymi objawami są bóle głowy, parestezje, przewlekłe zmęczenie, a także allodynia. Wszystkie symptomy mogą mieć zmienne nasilenie i ustępować okresowo. Etiologia schorzenia nie jest poznana, jednak identyfikuje się wiele czynników tłumaczących mechanizm chorobowy, aczkolwiek żaden z nich nie tłumaczy w pełni etiopatogenezy.

W terapii fibromialgii wykorzystuje się holistyczne podejście do pacjenta. W leczeniu stosuje się głównie farmakoterapię, psychoedukację, techniki relaksacyjne, ćwiczenia fizyczne, fizykoterapię oraz masaż. Aktywność fizyczna jest istotną częścią terapii fibromialgii. Działanie pozytywne wysiłku na organizm to zmniejszenie bólu, poprawa nastroju, obniżenie sztywności, redukcja lęku i strachu, co skutkuje ogólną poprawą jakości życia. W leczeniu FMS stosuje się ćwiczenia siłowe, aerobowe, relaksacyjne, stretching, a także takie formy treningu jak taniec, Tai Chi, joga czy pilates. Bardzo często wykorzystuje się środowisko wodne do prowadzenia terapii, która głównie obejmuje trening oporowy z wykorzystaniem ciężaru własnego ciała, bądź drobnego sprzętu pływającego. Zalecenia dotyczące rodzaju, intensywności i czasu trwania ćwiczeń zależą od indywidualnych preferencji pacjenta, jego stanu fizycznego oraz chorób współistniejących.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie skuteczności stosowania aktywności fizycznej w kompleksowym leczeniu fibromialgii.

Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Kinezylogii Katedry Fizjoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Opiekun SKN: dr n. med. Anna Brzęk

Wpływ rodzaju wykonywanej pracy na intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Wstęp: Na zdrowie oraz samopoczucie człowieka ma wpływ wiele czynników, jednym z nich wydaje się być praca zawodowa z racji ilości godzin w niej spędzanych, a także monotypia.

Cel pracy: Celem pracy była próba oceny intensywności dolegliwości bólowych kręgosłupa w różnych grupach zawodowych oraz sprawdzenie czy charakter wykonywanej pracy, a także staż pracy są determinantą wpływającą na intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród 120 osób w wieku 27-52 ($x = 36,467 \pm 6,821$) w podziale na cztery grupy badane. Grupa A - funkcjonariusze policji, grupa B - pracownicy straży pożarnej, C - pracownicy ratownictwa medycznego oraz D - pracownicy biurowi. Badane grupy były jednorodne pod względem wieku. Badania przeprowadzono przy pomocy autorskiej ankiety, Skali VAS.

Wyniki: Zauważono korelację pomiędzy średnim natężeniem bólu, a wiekiem ($R = 0,517$) jak i długością stażu pracy ($R = 0,617$) lecz tylko w grupie funkcjonariuszy policji (grupa A). Podobne istotności statystyczne zauważono pomiędzy najmocniej odczuwanym bólem kręgosłupa, a BMI w grupie B i D ($R = 0,421$, $R = 0,687$). Tylko 5% wszystkich badanych nie odczuwa dolegliwości bólowych, u ponad połowy respondentów wszystkich grup dolegliwości występują czasami z przewagą w grupie C (60%). Dolegliwości bólowe kręgosłupa występują najczęściej w odcinku L-S, z przewagą w grupie B (80%). Najczęściej respondenci z grup A, B i C oczekują zwiększenia dolegliwości bólowych kręgosłupa z przewagą grupy A (23,33%).

Wnioski: Największą intensywność dolegliwości bólowych kręgosłupa u respondentów wykazuje grupa A. Wskaźnik BMI, wiek oraz staż pracy są wyznacznikami z wyznaczników wpływających na dolegliwości bólowe kręgosłupa. Już w połowie stażu pracy u zdecydowanej większości respondentów występują dolegliwości bólowe zlokalizowane najczęściej w dolnym odcinku kręgosłupa.

Promowanie aktywności fizycznej w miejscu pracy jako elementu zdrowego i aktywnego starzenia się.

Wstęp: Zachodzące wraz z wiekiem zmiany w wydolności funkcjonalnej organizmu człowieka utrudniają wykonywanie codziennych obowiązków zawodowych. Równocześnie oczekiwania pracodawcy nie zmieniają się lub nawet rosną. Prowadzi to do wzrostu rzeczywistego obciążenia pracą. Samo w sobie starzenie się nie jest jedynym czynnikiem decydującym o poziomie sprawności i wydolności organizmu. Indywidualne różnice pomiędzy poszczególnymi osobami, wynikają z ich stylu życia, predyspozycji genetycznych, środowiska pracy i wypoczynku, dostępności do kompleksowych świadczeń zdrowotnych. Opóźniać lub minimalizować skutki niekorzystnych zmian związanych z wiekiem na poziomie jednostki można poprzez stosowanie się do zasad zdrowego stylu życia, w tym poprzez regularną aktywność fizyczną. Aktywność fizyczna opóźnia procesy starzenia, zapobiega demencji, przedłuża twórcze i aktywne życie, a także zdolność do pracy zawodowej. Istotne ogniwo w promocji zdrowia, głównie za sprawą dostępności do osób w wieku produkcyjnym, stanowią zakłady pracy.

Cel badań: Celem badań było określenie poziomu zaangażowania pracodawców w promowanie aktywności fizycznej wśród pracowników biurowych (50+). Badanie miało również wskazać motywy oraz ograniczenia w podejmowaniu aktywności ruchowej badanej populacji oraz poziom jej wiedzy na temat wpływu aktywności fizycznej na organizm człowieka.

Material i metody: Badanie, sondaż diagnostyczny przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z 19 pytań i metryczki. Badania trwały w okresie od marca do maja 2014 roku, objęto nimi pracowników biurowych zatrudnionych na obszarze województwa lubelskiego. Do badania włączono osoby w wieku 50+ ($n = 251$).

Wyniki: Ponad 40% ankietowanych przyznało, iż pracodawcy zachęcają ich do zwiększenia aktywności fizycznej. Przecząco odpowiedziało 47%, pozostali, zaś nigdy nie interesowali się czy w ich zakładach pracy można liczyć na tego typu wsparcie. Spośród tych, którzy odpowiedzieli twierdząco, 26% jako formę wsparcia wskazało karnety (na siłownię, pływanie itp.), po 20% - udostępnianie obiektów sportowych oraz organizowanie zawodów sportowych. Ponad 62% ankietowanych zadeklarowało, iż uprawia regularnie aktywność fizyczną; najczęściej poprzez: spacer (41%), jazdę na rowerze (37%), gimnastykę domową (20%). Jako czynniki motywujące najczęściej wskazywano: zrzućenie lub utrzymanie prawidłowej masy ciała (39%), dbałość o zdrowie (39%), możliwość odreagowania codziennego napięcia i stresu (35%), podnoszenie sprawności fizycznej (25%). Sport jako swoje hobby wskazało 16% badanych, częściej mężczyźni niż kobiety ($p = 0,0003$). Ograniczeniami dla ankietowanych są głównie: brak czasu (55%), zmęczenie (37%), brak mobilizacji (35%). Prawidłową normę niezbędnej aktywności fizycznej dla ludzi dorosłych poprawnie wskazało 38% ankietowanych. Jedynie 18 % badanych dostrzegało związek między aktywnością fizyczną a obniżeniem ryzyka zachorowalności na nowotwory złośliwe.

Wnioski: Związane z wiekiem zmiany w wydolności funkcjonalnej można skutecznie opóźniać lub niwelować. Promowanie aktywności fizycznej w miejscu pracy pomaga zachować zdolność do pracy, dlatego też należy zachęcać pracodawców do większego zaangażowania w umacnianie potencjału zdrowotnego swych pracowników. Subiektywna ocena respondentów wskazuje na relatywnie duży odsetek osób uprawiających regularnie aktywność fizyczną. Preferowane są głównie tradycyjne sposoby aktywnego spędzania czasu wolnego.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, aktywność fizyczna, starzenie

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Chemii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Opiekun Koła: dr n. med. Anna Boguszevska-Czubara

Kierownik Katedry: dr hab. n. med. Jacek Kurzepa

Pro-ana i pro-mia, czyli chude (nie)szczęście.

Wprowadzenie: Zwolenniczki pro-mia (za bulimią) oraz pro-ana (za anoreksją) traktują bulimię czy anoreksję nie jako chorobę, lecz jako „styl życia”, a wręcz sukces do którego warto aspirować. Ideologia funkcjonuje prawie wyłącznie w Internecie, a jej wyznawczynie to głównie nastoletnie dziewczęta.

Cel pracy: Celem przeprowadzonego badania była analiza źródeł internetowych w celu zapoznania się z ideologią pro-ana i pro-mia.

Materiały i metody: Strony internetowe wybrano za pośrednictwem wyszukiwarki Google.pl po wpisaniu hasła „pro-ana” i „pro-mia”. Dokonano analizy 50 blogów, 10 stron dyskusyjnych i 5 portali internetowych.

Wyniki: Zgodnie z zapiskami umieszczonymi na stronach internetowych dziewczęta wyznające filozofię pro-ana starają się żyć jak typowe anorektyczki poprzez ograniczenie kalorii, głodówki, stosowanie środków przeczyszczających lub wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Dziewczyny określające się mianem pro-mia postępują podobnie, jednak od czasu do czasu łamią restrykcyjne ograniczenia żywieniowe i objadają się. Aby jednak nie przytyć, wkrótce po napadzie pozbywają się spożytych pokarmów, najczęściej prowokując wymioty. Wyznawczynie pro-ana z jednej strony uważają pro-mię za towarzyszek niedoli. Z drugiej jednak strony gardzą nimi, ponieważ objadanie się to wyraz słabości, a wymiotowanie jest nieeleganckie. Autorki blogów internetowych zgodnie twierdzą, iż powyższe postępowanie jest gwarantem nie tylko idealnej sylwetki, ale również symbolem perfekcji i podziwu

Wnioski: Strony internetowe pro-ana i pro-mia stanowią zagrożenie dla młodzieży. Stąd, istnieje pilna potrzeba prawnego uregulowania promocji zaburzeń odżywiania w Internecie.

Wpływ poziomu nasilenia lęku i depresji oraz stopnia odczuwanych dolegliwości bólowych na stabilność posturalną pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Wprowadzenie: Zwiększenie siły mięśni i ruchomości kręgosłupa, zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawa stanu psychofizycznego są jednym z głównych celów rehabilitacji pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa.

Cel pracy: Celem pracy była ocena efektów rehabilitacji oraz ocena wpływu poziomu nasilenia lęku, depresji oraz samooceny pacjenta na jego stabilność posturalną. Kolejnym celem pracy była ocena wpływu stopnia nasilenia odczuwanych dolegliwości bólowych na stabilność posturalną pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Materiał i metoda: Badaniu poddano łącznie 26 pacjentów, 11 mężczyzn i 15 kobiet. Średni wiek badanych wynosił 50 lat. Do badań zakwalifikowano pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Łączny czas trwania leczenia wynosił 3 tygodnie. Przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu zbadano równowagę pacjenta za pomocą skali Równowagi Berg'a oraz postawę ciała testem Krausa-Webera. Oceniano również aktualny stopień subiektywnego odczuwania dolegliwości bólowych za pomocą Zmodyfikowanego Kwestionariusza oceny bólu według Laitinena. Poziom nasilenia lęku i depresji oceniano za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS-M, samoocenę pacjenta oceniano za pomocą Skali Samooceny SES Morrisa Rosenberga.

Wyniki. Wykazano, że rehabilitacja przynosi istotną poprawę w zakresie stabilności posturalnej pacjentów ($p=0,000***$). Wyższy poziom nasilenia lęku i depresji, przyczynia się do uzyskiwania słabszych efektów terapeutycznych w skali Berg'a ($p=0,005**$) oraz teście Krausa-Webera ($p=0,005**$). Wyższa samoocena pacjenta przyczynia się do uzyskiwania lepszych wyników terapeutycznych pacjenta w skali Berg'a zarówno przed ($p=0,035*$), jak i po terapii ($p=0,046*$). Ponad to wykazano, że pacjenci z wyższą samooceną wykazują lepsze efekty terapii mierzone testem Krausa-Webera ($p=0,030*$). Im silniejszy ból według Laitinena tym słabszy wynik przed ($p=0,006**$), jak i po terapii ($p=0,042*$) w skali Berg'a oraz słabszy wynik w teście Krausa-Webera zarówno przed ($p=0,015*$), jak i po terapii ($p=0,015*$).

Dyskusja: W utrzymaniu równowagi ciała w pozycji stojącej ważną funkcję pełnią procesy związane z pobudzaniem i rozluźnianiem mięśni. Zmiany te dotyczą zarówno napięcia jak i długości wybranych grup mięśni posturalnych. Niezbędny poziom siły mięśniowej to istotny czynnik warunkujący prawidłową postawę ciała oraz sprawność fizyczną. W ostatnich latach coraz częściej w procesie usprawniania chorych z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa stosuje się ćwiczenia ukierunkowane na zwiększenie siły mięśniowej. Szczególną rolę przypisuje się zwiększaniu siły mięśni prostujących oraz zginających tułów. Według Demoulin i wsp. przewlekły zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa często zamyka się w tzw. „błędny kole”, charakteryzującym się zmniejszoną sprawnością fizyczną, wzmożonymi odczuciami bólu, depresją, gorszym funkcjonowaniem społecznym oraz, co za tym idzie, niezdolnością do pracy. Kwolek i wsp. wykazują, że u pacjentów bez współistniejącej depresji częściej stwierdzano poprawę ruchomości kręgosłupa, stanu funkcjonalnego, a także większą redukcję bólu w porównaniu z pacjentami z współistniejącą depresją.

Wnioski. 1. Pacjenci z niższym poziomem nasilenia lęku i depresji oraz wyższą samooceną cechują się większą zdolnością utrzymywania równowagi oraz prawidłowej postawy ciała. 2. Przeprowadzone badania wykazują, że istnieje zależność między nasileniem dolegliwości bólowych, a stabilnością posturalną pacjenta. 3. Pacjenci z dużym nasileniem dolegliwości bólowych cechują się słabszą zdolnością utrzymywania równowagi oraz prawidłowej postawy ciała.

Rodzaje uszkodzeń narządu ruchu występujących u osób podejmujących trening fitness w warunkach domowych wraz z oceną wiedzy respondentów na temat ich zapobiegania.

Wprowadzenie: Z danych CBOS z roku 2013 wynika, że około 40% Polaków regularnie uprawia aktywność fizyczną, a 16% z nich trenuje fitness. 47% ćwiczy dla lepszego samopoczucia i odreagowania stresu. Coraz większą popularnością cieszą się treningi fitness podejmowane w warunkach domowych. Na wyposażenie domowej sali fitness składają się najczęściej: bieżnia, rower stacjonarny, stepper czy wioślarz. Ze względu na brak trenera oraz wiedzy metodycznej, wielu ludzi podejmujących tego rodzaju trening samodzielnie ulega różnym uszkodzeniom narządu ruchu.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie najczęściej występujących rodzajów uszkodzeń narządu ruchu u osób podejmujących fitness w warunkach domowych oraz ocena wiedzy respondentów na temat ich zapobiegania.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowiło 60 osób (52 K, 8 M) podejmujących trening fitness w warunkach domowych. Przedział wiekowy badanych wynosił 19-25 lat. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Kwestionariusz ankiety składał się z 23 pytań.

Wyniki i wnioski: Z przeprowadzonych badań wynika, że ok 43% ankietowanych doznało uszkodzeń narządu ruchu podczas stosowania ćwiczeń w domu. Najczęstszymi uszkodzeniami okazały się być naciągnięcie mięśni i przeciążenie stawów okolicy kończyn dolnych – podudzie, staw kolanowy, udo. Równie często przeciążaną okolicą ciała był także odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Badania wykazały, że respondenci, którzy doznali jakiegokolwiek urazu podczas treningu fitness w domu, często lub zawsze pomijali rozgrzewkę przed treningiem, bądź rozciąganie po treningu. Część z nich nie zwracała również uwagi na dobór butów/odzieży do ćwiczeń. Z badań wynika jednak, że ok. 57% ankietowanych wykazuje dużą wiedzę na temat metod zapobiegania uszkodzeniom aparatu ruchu, co potwierdza fakt, że nie doznali do tej pory żadnego urazu podczas ćwiczeń w domu.

**Ocena sprawności fizycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym,
zakwalifikowanych do poziomu 1 i 2 wg klasyfikacji funkcjonalnej GMFCS.**

Wprowadzenie: Mózgowe porażenie dziecięce (mpd) jest to zespół objawów wynikających z uszkodzenia mózgu jeszcze nie do końca rozwiniętego. Postaci i typów mpd jest wiele, dlatego również sprawność fizyczna u tych dzieci jest różna. Zależy ona głównie od stopnia nasilenia schorzenia, rodzaju niedowładu kończyn, oraz chorób współistniejących.

Cel pracy: Celem pracy było określenie i porównanie sprawności fizycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zakwalifikowanych do poziomu 1 i 2 wg klasyfikacji funkcjonalnej GMFCS.

Materiał, metody i narzędzia badawcze: Badania przeprowadzono w okresie listopad 2014 – kwiecień 2015 roku, na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie. Grupę badawczą stanowiło 25 dzieci (13 – GMFCS1, 12-GMFCS2). Do oceny sprawności fizycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wykorzystano następujące testy: Timed Up and Go Test, 6 Minute Walk Test, 30 Second Chair Stand Test. Narzędzia badawcze wykorzystane w pracy to: protokół badania, długopis, centymetr, ciśnieniomierz naramienny, stoper, taśma samoprzylepna, nożyczki, krzesła i stopnień o wysokości 30 cm.

Wyniki: Średnia wartość Timed Up and Go Test dla 1 grupy badawczej wynosi 6,2 s, natomiast dla 2 grupy 6,7 s. W 6 Minute Walk Test grupa 1 otrzymała następujący średni wynik: 505 m, natomiast grupa 2 - 322 m, 30 s Chair Stand Test również wyszedł z korzyścią dla 1 grupy, ponieważ jej średni wynik to - 15, a grupy 2 - 13.

Wnioski: Ogólny poziom sprawności fizycznej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest lepszy w grupie zakwalifikowanej do poziomu 1 GMFCS. Większą sprawność fizyczną wykazują dzieci, które są bardziej aktywne ruchowo. Są one bardziej samodzielne i lepiej radzą sobie z czynnościami dnia codziennego.

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Chemii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Opiekun Koła: dr n. med. Anna Boguszevska-Czubara

Kierownik Katedry: dr hab. n. med. Jacek Kurzepa

W sieci fonoholizmu

Wstęp: Ma „ją” każdy z nas. Bez „niej” czujemy się jak bez ręki. Traktujemy „ją” jak przedłużenie ucha, a „jej” brak może wywołać napady lękowe. Czy umiem korzystać z telefonu komórkowego? Czy jestem fonoholikiem?

Cel pracy: Celem przeprowadzonego badania było zbadanie stopnia uzależnienia mieszkańców od telefonu komórkowego.

Materiały i metody: Autorski kwestionariusz ankiety został przeprowadzony wśród respondentów należących do różnych grup wiekowych.

Wyniki: Badanie zostało przeprowadzone w grupie 100 osób (37 mężczyzn, 63 kobiet, średni wiek 30,52 lat). Każdy uczestnik badania został zakwalifikowany do jednej z pięciu grup: do pierwszej należeli uczniowie szkoły podstawowej i gimnazjum (8 chłopców, 12 dziewcząt, średni wiek 12 lat); do drugiej należeli uczniowie szkoły średniej, technikum lub szkoły zawodowej (11 dziewcząt, 9 chłopców, średni wiek 17,5 lat), do trzeciej należeli studenci (12 dziewcząt, 8 chłopców, średni wiek 20,1 lat), do czwartej grupy należały osoby aktywne zawodowo (13 kobiet, 7 mężczyzn, średni wiek 35,15 lat); do piątej grupy należeli emeryci (14 kobiet, 6 mężczyzn, średni wiek, 67,8 lat). 6% respondentów nie posiadało telefonu komórkowego, podczas gdy 18% z nich było właścicielem więcej niż dwóch urządzeń. 63% ankietowanych śpi z telefonem komórkowym, a mniej niż połowa czuje się niekomfortowo bez niego.

Wnioski: Coraz więcej osób zbyt często korzysta z telefonu komórkowego, co może przerodzić się w fonoholizm. Uzależnienie to z kolei powoduje trudności w kontaktach z rodziną i otoczeniem, problemy z wypowiadaniem się, zaburzenia snu i odżywiania się.

Wpływ stopnia prezentowanej aktywności fizycznej na stabilność posturalną pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Wprowadzenie: Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa są najczęściej występującymi dolegliwościami bólowymi narządu ruchu. Do głównych przyczyn tego zjawiska zalicza się brak aktywności fizycznej oraz siedzący tryb życia. Aktywność fizyczna należy do ważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia, samopoczucie oraz jakość życia człowieka.

Cel pracy: Celem pracy była ocena efektów rehabilitacji oraz ocena wpływu poziomu prezentowanej aktywności fizycznej na stabilność posturalną pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Materiał i metoda: Badaniu poddano łącznie 26 pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa, 11 mężczyzn i 15 kobiet. Średni wiek badanych wynosił 50 lat. Do badań zakwalifikowano pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, poddawanych leczeniu rehabilitacyjnemu na Oddziale Rehabilitacji w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Łączny czas trwania leczenia wynosił 3 tygodnie. Przed rozpoczęciem rehabilitacji zbadano aktywność fizyczną pacjentów za pomocą Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ). Dodatkowo zbadano równowagę pacjenta za pomocą skali równowagi Berga oraz wydolność mięśni tułowia i miednicy w utrzymywaniu postawy ciała testem Krausa-Webera, badania te przeprowadzono dwukrotnie.

Dyskusja: Liu-Ambrose i wsp. podkreślają, że na mobilność i stabilność ciała wpływa ból zlokalizowany w części lędźwiowej kręgosłupa. U chorych z objawami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa dochodzi do zaburzenia kontroli nerwowo-mięśniowej, objawiającej się pogorszeniem stabilności posturalnej pacjenta. Niezbędny poziom siły mięśniowej to istotny czynnik warunkujący na prawidłową postawę ciała. W procesie usprawniania osób z bólem krzyża, właściwie zaplanowany i stosowany wysiłek fizyczny, nie powinien być postrzegany jako czynnik niebezpieczny. W ostatnich latach coraz częściej w procesie usprawniania chorych z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa stosuje się ćwiczenia ukierunkowane na zwiększenie siły mięśniowej. Hakkinen postrzega właściwie zaplanowane, dostosowane do konkretnego przypadku chorobowego, ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na zwiększenie siły mięśniowej jako „...profilaktyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne narzędzie w optymalizacji funkcji układów nerwowego i mięśniowego...”. Trzaskoma i wsp. wykazali, że systematyczne ćwiczenia fizyczne przyczyniają się do zwiększenia siły mięśniowej, umożliwiają osiągnięcie wyraźnego zwiększenia zakresu ruchów kręgosłupa oraz redukcję bólu pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Wyniki i wnioski: Wykazano, że rehabilitacja pacjentów z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa przynosi pożądane rezultaty. Większa aktywność fizyczna determinuje większą zdolność utrzymywania równowagi oraz większą wydolność mięśni tułowia i miednicy w utrzymywaniu postawy ciała, zarówno przed jak i po terapii, zakres poprawy postawy ciała u pacjentów aktywnych fizycznie jest również większy. Odpowiednio dobrana dla pacjenta aktywność fizyczna powinna stać się nieodłącznym elementem zdrowego stylu życia oraz profilaktyki zespołów bólowych kręgosłupa.

Jan Żniniewicz – pionier polskiego wodolecznictwa.

Wprowadzenie: Hydroterapia (wodolecznictwo) to najstarszy dział fizjoterapii, wykorzystywany w celach profilaktycznych oraz leczniczych. Istotną cechą wodolecznictwa jest fakt, że stanowi zbiór różnych zabiegów znacznie różniących się pod względem siły działania. W zależności od zastosowanej temperatury wody, działanie zabiegów jest: odprężające, rozluźniające i nasenne – działanie temperatury obojętnej; uspokajające, rozszerzające naczynia, obniżające ciśnienie, przeciwbólowe i przeciwzapalne – działanie wody ciepłej; pobudzające i odświeżające, podnoszące ciśnienie tętnicze krwi oraz zwiększające pobudliwość nerwów obwodowych i czuciowych – działanie wody chłodnej i zimnej.

Wpływ wody na życie i zdrowie człowieka został doceniony już przez ojca medycyny, Hipokratesa, który przedstawia sposoby wykorzystania naturalnych źródeł w dziele „Corpus Hippocraticum”. Grecy poznawali metodykę korzystania z zabiegów wodnych ze zleceń wyrzniętych na tablicach przy świątyniach Asklepiosa. W Rzymie budowano łaźnie mogące pomieścić do 6000 osób. W łaźniach tych były komory suchego powietrza, ciepłego powietrza, komora chłodząca, oraz pomieszczenia z gorącą parą wodną, czyli dzisiejsze sauny. Na Dalekim Wschodzie, księgi Wedy zalecały obmywanie ciała w rzekach, a u Persów polewania wodą nakazywały zarządzenia państwowe.

W Europie łaźnie i kąpiele rozpowszechniły się poprzez legiony rzymskie. Odnowiły się w epoce Odrodzenia dzięki wybitnemu lekarzowi Paracelsusowi, który uważał, że każde źródło wody ma inne właściwości działające na organizm. Do rozwoju wodolecznictwa przyczyniły się takie nazwiska jak J.S. Hahn (1696–1773), Vincent Priessnitz (1799 – 1851), Oertel (1764–1850) czy J.H. Rausse (1805–1848) Sebastian Kneipp (1821-1897) oraz Jan Norbert Żniniewicz (1872-1952).

Jan Norbert Żniniewicz - balneolog, pionier nowoczesnej akwaterapii w Polsce, zafascynowany wodolecznictwem, zaczął studiować medycynę. Praktykę zdobywał w Wielkopolsce, dokładnie w Poznaniu, gdzie opracowywał nowe metody wodolecznicze w oparciu o podstawy neurofizjologii, z których jedna została w latach międzywojennych wprowadzona w 12 polskich sanatoriach. Założył Zakład Wodoleczniczy w Poznaniu, w którym wyleczył swoją metodą ponad 30 tysięcy osób.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie życiorysu Jana Norberta Żniniewicza, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystywanych przez niego metod hydroterapeutycznych na terenie Poznania.

NOTATKI

[illegible]

This image shows a full page of a document template designed for handwriting practice or general note-taking. It consists of approximately 30 evenly spaced horizontal dotted lines across the entire width of the page. The background is plain white, and there are no margins, headers, footers, or other markings present.

[illegible]

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



IX Majówka z Fizjoterapią

Cykliczna Ogólnopolska Konferencja

Studenckich Kół Naukowych i Młodych Pracowników Nauki

12-13 maja 2016, Lublin

12 maja 2016

NAUKOWA CZĘŚĆ KONFERENCJI

13 maja 2016

WARSZTATY FIZJOTERAPEUTYCZNE

www.sknf.umlub.pl

majowka-z-fizjo@wp.pl

MIEJSCE OBRAD

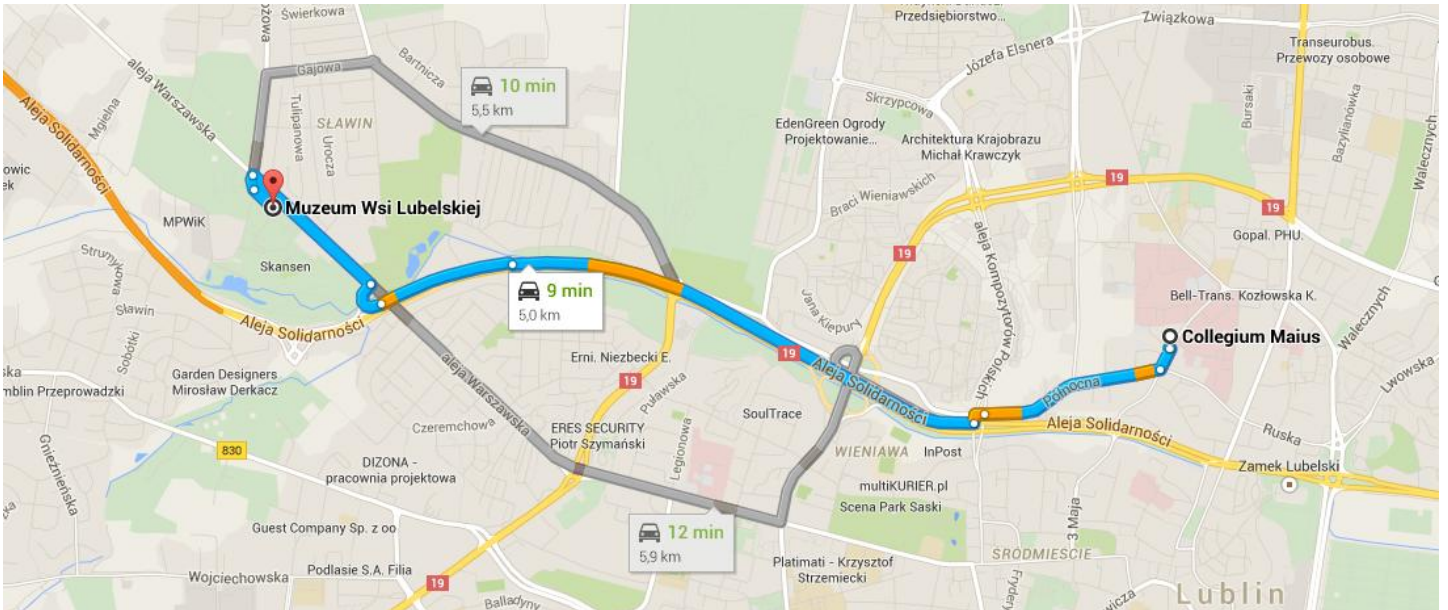
Aula budynku COLLEGIUM MAIUS Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
(ul. Jaczewskiego 4, Lublin)

ORGANIZATORZY

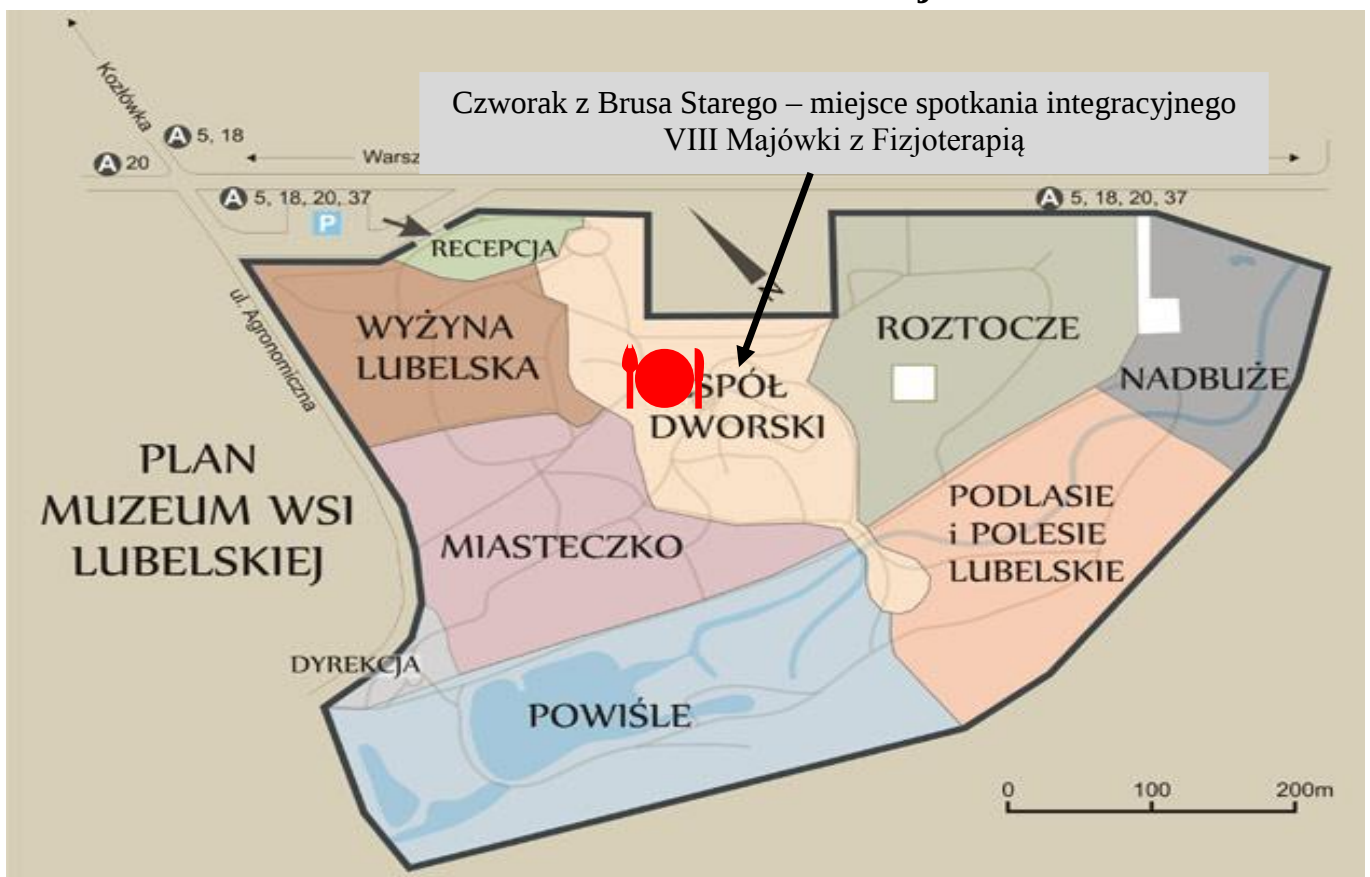
*Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii
Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii
Zakład Balneoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

Dojazd do Muzeum Wsi Lubelskiej

Adres: al. Warszawska 96, 20-824 Lublin



Plan Muzeum Wsi Lubelskiej



BIESIADA W MUZEUM WSI LUBELSKIEJ

(al. Warszawska 96, wejście bramą główną do godz. 20.00, po godz. 20.00 wejście po uzgodnieniu telefonicznym z organizatorami: 606-278-146, 693-410-929)