

JUBILEUSZOWA X MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

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

FIZJOTERAPIA W XXI WIEKU

25-26.05.2017, Lublin

ZESZYT STRESZCZEŃ

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*

International Association of Deep Tissue Massage Practitioners



PATRONAT HONOROWY

**PATRONAT
HONOROWY**



JM REKTOR UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE
PROF. DR HAB. N. MED. ANDRZEJ DROP

**PATRONAT
HONOROWY**



DZIEKAN WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE
PROF. DR HAB. N. MED. IRENA WROŃSKA

**PATRONAT
HONOROWY**



PREZYDENT MIASTA LUBLIN
KRZYSZTOF ŻUK



ŚLAWOMIR SOSNOWSKI
MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

HONOROWY PATRONAT NAUKOWY



Polskie Towarzystwo Fizjoterapii
Member of the World Confederation for Physical Therapy



PATRONAT MEDIALNY



KOMITET NAUKOWY

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

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

CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO:

<i>Dr n. med. Małgorzata Drelich</i>	<i>Prof. dr hab. n. med. Robert Latosiewicz</i>
<i>Dr n. o kult. fiz. Adam Fijewski</i>	<i>Dr hab. n. o zdr. Anna Pacian</i>
<i>Dr n. o zdr. Joanna Fidut-Wrońska</i>	<i>Dr hab. n. o zdr. Teresa Pop prof. nadzw. UR</i>
<i>Dr n. med. Piotr Gawda</i>	<i>Dr n. med. Tomasz Senderek</i>
<i>Dr n. med. Apolinary Ginszt</i>	<i>Dr n. med. Krzysztof Sokołowski</i>
<i>Prof. dr hab. n. med. Joanna Ilzecka</i>	<i>Dr n. o zdr. Teresa Stawińska</i>
<i>Dr n. med. Anna Krawczyńska</i>	<i>Dr n. o zdr. Anna Szulc</i>
<i>Dr n. o kult. fiz. Józef Krzak</i>	<i>Dr n. med. Jolanta Taczała</i>
<i>Prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik</i>	<i>Dr n. med. Alicja Wójcik-Zaluska</i>
<i>Dr n. med. Piotr Kwiatkowski</i>	

KOMITET ORGANIZACYJNY

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

Mgr Justyna Chmiel

Mgr Kamil Chołuj

CZŁONKOWIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO:

<i>Mgr Katarzyna Pikto-Pietkiewicz</i>	
<i>Kinga Bylina</i>	<i>Marcin Kuzioła</i>
<i>Beata Cegielska</i>	<i>Izabela Królikowska</i>
<i>Aleksandra Chi Reszka</i>	<i>Damian Kwaśniewski</i>
<i>Karolina Chi Reszka</i>	<i>Katarzyna Lipa</i>
<i>Natalia Cieślik</i>	<i>Dorota Mirosław</i>
<i>Aleksandra Czarnacka</i>	<i>Agata Pętek</i>
<i>Barbara Czyż</i>	<i>Anna Piotrowicz</i>
<i>Aleksandra Dados</i>	<i>Iga Polakowska</i>
<i>Filip Fabijański</i>	<i>Tomasz Rabiega</i>
<i>Dominika Gdańska</i>	<i>Agata Rosa</i>
<i>Aleksandra Goliszek</i>	<i>Karolina Sak</i>
<i>Martyna Golus</i>	<i>Magda Sulej</i>
<i>Mariola Gutkowska</i>	<i>Magdalena Trybuch</i>
<i>Paweł Hereć</i>	<i>Alicja Tupaj</i>
<i>Monika Jabłońska</i>	<i>Aleksandra Wencek</i>
<i>Dr n. med. Agnieszka Karska</i>	<i>Izabela Weremko</i>
<i>Beata Kosikowska</i>	<i>Magdalena Wyrwich</i>

X MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

PROGRAM NAUKOWEJ CZĘŚCI KONFERENCJI

25 maja 2017

Collegium Maius, ul. Jaczewskiego 4, Lublin

08.00-09.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

09.00-09.30 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

09.30-11.00 WYKŁAD INAUGURACYJNY

„MASSAGE, MANUAL THERAPY & STRUCTURAL INTEGRATION”

Art Riggs

prekursor metody Masażu Tkanek Głębokich, certyfikowany zaawansowany
RolfierTM

11.00-11.30 PRZERWA KAWOWA – TORT JUBILEUSZOWY

11.30-12.15 WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

**„Podstawy rozumowania klinicznego w metodzie Kinetic Control - wstęp do koncepcji
na przykładzie odcinka lędźwiowego i kończyny dolnej”**

Mgr Szymon Gryckiewicz

Instruktor Kinetic Control, fizjoterapeuta

1. Dr n. med. Apolinary Ginszt - Przewodniczący Sesji

2. Dr n. med. Małgorzata Drelich

3. Dr n. o zdr. Joanna Fidut-Wrońska

4. Dr n. med. Piotr Gawda

5. Dr n. o zdr. Teresa Stawińska

1. Wizerunek i aktywność fizjoterapeutów w mediach społecznościowych - Katarzyna Chmiel - Uniwersytet Rzeszowski

2. Skuteczność działania zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa - Magdalena Grynia - Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu

3. Skuteczność stosowania aplikacji mięśniowo-więzadłowej Kinesio Taping u programistów cierpiących na bóle przeciążeniowe kręgosłupa - Joanna Mazurkiewicz - Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu

4. Ocena stopnia degradacji chrząstki stawu kolanowego u triathlonistów i grupy kontrolnej w zależności od BMI i skali VAS - Klaudia Styczeń, Paulina Wisińska, Marlena Zagórska, Paulina Zawadzka - Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej Wydział Zamiejscowy w Szczecinie

5. Przełożenie różnych form fizjoterapii na zdolności funkcjonalne chorych po zabiegu meniscektomii - Daria Panicz, Karina Szczypiór-Piasecka, Luiza Fabisiak - Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny

6. Czynniki wpływające na motorykę dużą u wcześniaków - Katarzyna Zaforemska-Tyll - Uniwersytet Rzeszowski

DYSKUSJA

13.45-15.00 SESJA II - DOKTORANTÓW I MŁODYCH PRACOWNIKÓW NAUKI

1. Dr hab. n. med. Piotr Majcher prof. nadzw. UM - Przewodniczący Sesji

2. Dr n. med. Anna Krawczyńska

3. Dr n. med. Tomasz Senderek

4. Dr n. med. Jolanta Taczala

5. Dr n. med. Alicja Wójcik-Zaluska

1. Rozwój dzieci urodzonych o czasie i wcześniaków - doniesienia wstępne - Agnieszka Zdzenicka-Chyla - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

2. Wpływ masażu tkanek głębokich na obniżenie napięcia struktur taśmy powierzchownej tylnej - Rafał Uryzaj, Anna Kuklińska, Anna Cabak - Centrum Masażu i Rehabilitacji Body-Relax w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

3. Porównanie równowagi dynamicznej w tańcu towarzyskim i hip-hopie - Paula Szlachta, Emilia Karczewska, Karolina Załuska, Monika Wybraniak - Uniwersytet Medyczny w Lublinie

4. Ocena ruchu retrakcji w leczeniu zespołu derangement odcinka szyjnego kręgosłupa - Monika Wybraniak, Agnieszka Kasperczuk-Bajda, Karolina Załuska, Paula Szlachta, Michał Popajewski - Uniwersytet Medyczny w Lublinie

5. Zmodyfikowany Objaw Spurlinga - nowy test funkcjonalny w diagnostyce przepukliny krążka międzykręgowego - Janusz Kocjan - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

6. Ocena skuteczności zastosowania neuromobilizacji nerwu promieniowego w leczeniu łokcia tenisisty - Janusz Kocjan - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

7. Zastosowanie metody termografii do oceny temperatury tkanek u pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka piersi - Marcin Gniewek, Piotr Majcher, Anna Gucwa, Piotr Turmiński - Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DYSKUSJA

15.00-15.30 PREZENTACJA PARTNERÓW KONFERENCJI, WRĘCZENIE NAGRÓD LAUREATOM KONFERENCJI, ROZŁOSOWANIE NAGRÓD WŚRÓD UCZESTNIKÓW KONFERENCJI

18.00-24.00 BIESIADA W MUZEUM WSI LUBELSKIEJ

X MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

PROGRAM WARSZTATÓW

26 maja 2017

Warsztaty odbywają się na hali sportowej Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przy ul. Chodźki 15. Od uczestników warsztatów wymaga się posiadania wygodnego stroju oraz obuwia zmiennego.

WARSZTAT I

09.00-12.00 - GRUPA A / 13.00-16.00 - GRUPA B

„Therapeutic techniques for treatment of the shoulder girdle”

Art Riggs

prekursor metody Masażu Tkanek Głębokich, certyfikowany zaawansowany Rolfer™

dr n. o kult. fiz. Łukasz Czubaszewski D.O.

fizjoterapeuta, osteopata

mgr Piotr Szalański

fizjoterapeuta, terapeuta manualny, Instruktor Masażu Tkanek Głębokich, Certyfikowany Instruktor Strukturalny

12.00-13.00 PRZERWA OBIADOWA

WARSZTAT II

09.00-12.00 - GRUPA B / 13.00-16.00 - GRUPA A

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

dr Michał Hadala

Międzynarodowy Instruktor Kinetic Control i The Performance Matrix
PhD (Medicine & Sport Science), MSc (Advance PT), BSc (PT)

mgr Szymon Gryckiewicz

Instruktor Kinetic Control, fizjoterapeuta

mgr Jakub Chudy

fizjoterapeuta

16.00-16.15 PODSUMOWANIE I ZAKOŃCZENIE WARSZTATÓW

WYKŁAD INAUGURACYJNY

Mr Art Riggs

prekursor metody Masażu Tkanek Głębokich, certyfikowany zaawansowany Rolfer™

MASSAGE, MANUAL THERAPY & STRUCTURAL INTEGRATION

What Does the Evolution in the US Suggest for the Future in Poland?

Poland appears to be on the threshold of a great expansion both in innovation of manual therapy and in popularity with the public. This blooming of the field could take lessons from the same situation in the US that has been evolving for the last 45 years to guide the expansion both in positive ways and to prevent some of the mistakes that have occurred elsewhere.

In this presentation we will examine the history of “bodywork” in the US from its infancy in its Swedish roots, through the new-age “human potential” movement, to an accepted role in general health and serious therapeutic treatment, to large corporate, profit driven degradation of the quality of care. As the saying goes, “History repeats itself.” and it is hoped that Poland will expedite the positive aspects of this process and prevent some of the mistakes.

We will attempt to clarify some of the lack of clarity in the growing number of modalities that are now under the umbrella of “bodywork” with particular focus upon the role of myofascial release as practiced in deep tissue massage, structural integration, and in the medical field as practiced by physical therapists and other advanced therapists.

An interesting aspect of the expansion of massage and bodywork into the medical field is the popular interest in “evidence based” research dictating treatment. This practice has had substantial benefits; however, some feel has negatively impacted the quality of treatment. We will discuss the qualitative aspects of the therapist/patient relationship and its effect upon results in our therapy.

The last part of this presentation will be a brief session demonstrating deep tissue massage and myofascial release techniques.

WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

Mgr Szymon Gryckiewicz

Instruktor Kinetic Control, fizjoterapeuta

Podstawy rozumowania klinicznego w metodzie Kinetic Control - wstęp do koncepcji na przykładzie odcinka lędźwiowego i kończyny dolnej.

Metoda Kinetic Control stanowi szeroko rozwinięty system oceny narządu ruchu. Rozumowanie kliniczne zaprezentowane w tej koncepcji pozwala na znalezienie relacji pomiędzy zaburzeniami kontroli ruchu a symptomami, ryzykiem urazu czy nawrotami incydentów urazowych. Koncepcja Kinetic Control pozwala zrozumieć, w jaki sposób niekontrolowany czy nieprawidłowy ruch generuje i wpływa na dolegliwości towarzyszące pacjentom. Systematycznie rośnie liczba doniesień naukowych potwierdzających zmiany we wzorcach ruchowych przy współtowarzyszących dolegliwościach bólowych. Do oceny wspomnianych wzorców ruchowych oraz niekontrolowanego ruchu służy szereg testów kontroli motorycznej wykorzystywanych w procesie diagnostycznym pacjenta.

Proces diagnostyczny i terapeutyczny oparty jest o zindywidualizowane profilowanie pacjenta. Wyróżnia się 4 główne obszary pracy z pacjentem:

1. Odtworzenie dynamicznej kontroli ruchu w określonej płaszczyźnie i kierunku ruchu - polega na ocenie i korekcji błędnego wzorca ruchowego, dotyczy pracy na lokalnej (segmentarnej) dysfunkcji jak i globalnej (odcinkowej).
2. Reedukacja kontroli translacji za pomocą odpowiedniej tonicznej aktywacji mięśni głębokich (stabilizujących lokalnie). Dotyczy niestabilności segmentarnej w obrębie kręgosłupa lub niestabilności dużych stawów (barkowy, biodrowy) w określonym kierunku.
3. Rehabilitacja mięśni jednostawowych w ich całym zakresie ruchu - polegająca na odtworzeniu prawidłowej pracy koncentrycznej i ekscentrycznej z uwzględnieniem odpowiedniego progu pobudliwości mięśniowej w zależności od istniejącej dysfunkcji i od specyfiki profilu pacjenta.
4. Wydłużenie bądź wyhamowanie nadpobudliwości mięśni wielostawowych – co jest szczególnie istotne przy przywróceniu pełnego fizjologicznego zakresu ruchu i eliminowaniu kompensacji, restrykcji czy też nadmiernej sztywności mięśniowej.

Ważnym elementem metody jest zrozumienie wielowymiarowej roli układu nerwowo-mięśniowego. Pomaga w tym przedstawiony przez Comerforda i Mottram - twórców koncepcji, funkcjonalny podział mięśni na: stabilizatory lokalne, globalne oraz mobilizatory. System ten uwzględnia wymiar anatomiczny, histologiczny, potencjał biomechaniczny, fizjologię rekrutacji mięśni oraz zmiany związane z bólem i patologią. Dzięki temu możliwa jest wysoce specyficzna praca nad układem nerwowo-mięśniowym optymalizująca jego funkcjonowanie.

Podczas konferencji w Lublinie zostanie przedstawione wprowadzenie do koncepcji Kinetic Control ze szczególnym akcentem na ewidencję naukową i podstawy teoretyczne koncepcji. Zostanie również poruszony temat analizy rozkładu ruchu na poszczególnych odcinkach w relacji do biomechaniki, funkcji mięśniowej i ryzyka przeciążenia aparatu ruchu.

SESJA I

STUDENCKA

MODERATORZY

Przewodniczący Sesji

Dr n. med. Apolinary Ginszt

Dr n. med. Małgorzata Drelich

Dr n. o zdr. Joanna Fidut-Wrońska

Dr n. med. Piotr Gawda

Dr n. o zdr. Teresa Stawińska

Wizerunek i aktywność fizjoterapeutów w mediach społecznościowych.

Wstęp: Wizerunek każdej osoby odgrywa duże znaczenie zarówno w relacjach społecznych, jak i osobistych. Umiejętnie stworzona autoprezentacja to wizytówka każdego człowieka oraz przejrzysty kanał komunikacji. W zakresie zawodów medycznych jest coraz większe zainteresowanie w użytkowaniu mediów społecznościowych – szczególnie w odniesieniu do studentów, naukowców, fizjoterapeutów oraz specjalistów z różnych dziedzin medycznych, którzy korzystają z nich zarówno w celach społecznych, jak i zawodowych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie wizerunku i aktywności fizjoterapeutów w mediach społecznościowych w opinii grupy studentów oraz pacjentów.

Materiał i metoda: Badania zostały przeprowadzone wśród studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego IV i V roku studiów na kierunkach: fizjoterapia, pielęgniarstwo, wychowanie fizyczne i pedagogika oraz w grupie pacjentów w terminie 05.05.2016 – 02.06.2016. W badaniach wzięło udział 300 osób. W niniejszej pracy zastosowano metodę badawczą – sondaż diagnostyczny, posłużono się techniką ankiety, a narzędziem badawczym, stworzonym na potrzeby pracy był autorski oraz niestandardyzowany kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Media społecznościowe mają wysoki wpływ na wizerunek fizjoterapeutów w dzisiejszym świecie. W opinii 69,2% badanych zawód ten jest ukazywany w mediach w sposób pozytywny. Aktywność fizjoterapeutów w social media wpływa na poszerzenie świadomości potencjalnych pacjentów dotyczących świadczonych usług, zabiegów oraz terapii.

Wnioski: Najważniejszymi cechami składającymi się na wizerunek zawodowy fizjoterapeutów w opinii badanych są relacje fizjoterapeuty z pacjentem, profesjonalizm, pracowitość oraz efekty pracy – skuteczność terapii. W obecnych czasach media społecznościowe mają duży wpływ na kształtowanie wizerunku zawodowego fizjoterapeutów.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, fizjoterapeuta, wizerunek, media społecznościowe, aktywność w mediach społecznościowych

Skuteczność działania zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa.

Wstęp: Choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa jest jedną z najczęstszych niezapalnych dysfunkcji narządu ruchu. Zmiany zwyrodnieniowe w późnym etapie powodują dolegliwości bólowe utrudniające codzienne funkcjonowanie. Celem fizjoterapii jest przede wszystkim zniesienie bólu ograniczającego codzienną aktywność życiową pacjenta wraz z poprawą ruchomości kręgosłupa.

Cel pracy: Ocena skuteczności działania zabiegów fizjoterapeutycznych stosowanych przez osoby z chorobą zwyrodnieniową stawów kręgosłupa.

Materiał i metoda: Materiał badawczy stanowiły 34 osoby (24 kobiety i 10 mężczyzn). Badania zostały przeprowadzone w jednym z Ośrodków Zdrowia w Środzie Wielkopolskiej oraz w Szpitalu w Jarocinie w okresie luty-marzec 2017 roku. Grupę badaną stanowili pacjenci w wieku od 30 do 76 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 60 lat. Do badań wykorzystano kwestionariusz WOMAC oraz skalę wizualno-analogową (VAS) zawartą w autorskim kwestionariuszu ankiety. U pacjentów zastosowano zabiegi fizykalne, masaż i indywidualną pracę z fizjoterapeutą.

Wyniki: Analiza wyników pozwoliła na odnotowanie zmniejszenia średniej wartości kwestionariusza WOMAC z 43,88 na 32,85 po zastosowaniu fizjoterapii ($p=0,0015$) oraz obniżenia średniej intensywności odczuwania przez badanych bólu z 5,3 na 3,2 mierzonego skalą VAS.

Wnioski: Zabiegi fizjoterapeutyczne skutecznie zmniejszają dolegliwości bólowe oraz wpływają na poprawę stanu zdrowia pacjentów cierpiących z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa.

Skuteczność stosowania aplikacji mięśniowo-więzadłowej Kinesio Taping u programistów cierpiących na bóle przeciążeniowe kręgosłupa.

Wstęp: Przeciążenia kręgosłupa są pospolitą dolegliwością u osób pracujących w systemie biurowym. Rozpoczynają się po 2-3 godzinach siedzenia w bezruchu objawiając się początkowo pogorszeniem gibkości kręgosłupa.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności zastosowania aplikacji mięśniowo-więzadłowej Kinesio Taping u programistów cierpiących na bóle przeciążeniowe kręgosłupa

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 15 programistów z dolegliwościami kręgosłupa piersiowego, u których zastosowano Kinesio Taping. Przed i po zastosowaniu aplikacji mięśniowo-więzadłowej zastosowano u badanych test ruchomości kręgosłupa oraz poproszono o wypełnienie skali VAS w celu oceny natężenia bólu.

Wyniki: Przed zastosowaniem aplikacji badani określali ból w skali VAS na poziomie 5,7 natomiast po zakończeniu badań na poziomie 4,2. Po pierwszym dniu od aplikacji ból utrzymywał się na poziomie 4,14, a pod koniec drugiego dnia zmniejszył się do poziomu 3,9. Na koniec trzeciego dnia badani zadeklarowali ból na poziomie 4,0, który pod koniec czwartego dnia wzrósł do poziomu 4,06. Przed założeniem aplikacji został zbadany zakres ruchomości testem „palce-podłoga”, który wynosił średnio 7,26 cm odległości palców od podłogi. Po założeniu aplikacji test wykonano ponownie. Zaobserwowano poprawę wyników, które wynosiły średnio 5,76 cm odległości palców od podłogi.

Wnioski: Zastosowana aplikacja Kinesio Taping przyczyniła się do znacznej poprawy ruchomości kręgosłupa u badanych oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych mierzonych skalą VAS.

Ocena stopnia degradacji chrząstki stawu kolanowego u triathlonistów i grupy kontrolnej w zależności od BMI i skali VAS.

Wprowadzenie: Przedwczesne zużycie chrząstki stawowej stawu kolanowego to narastający problem społeczny. Do czynników predysponujących należą: powtarzane urazy (sport, praca zawodowa), przewlekłe naprężenia spowodowane zaburzeniem osi kończyny, nadwaga, zaburzenia hormonalne oraz wydłużenie się okresu życia. Współczesna diagnostyka obrazowa chrząstki stawowej oparta jest przede wszystkim o ultrasonografię oraz rezonans magnetyczny. Diagnostyka obrazowa patologii chrząstki dostarcza precyzyjnych informacji na temat lokalizacji, rozległości oraz nasilenia zmian degeneracyjnych czy pourazowych.

Cel pracy: Przeprowadzone badania miały na celu ocenę stopnia zmian degeneracyjnych powierzchni chrząstki w stawie kolanowym u osób trenujących i nietrenujących w zależności od BMI i skali VAS.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w warunkach ambulatoryjnych, w jednej ze szczecińskich placówek medycznych. Grupę badaną stanowiło 60 osób w wieku od 20 do 40 lat, którą podzielono na dwie grupy: A - trenujących triathlon i B - nietrenujących (grupa kontrolna). Ocena stopnia uszkodzeń powierzchni stawowych była określana przy współpracy z lekarzem ortopedą za pomocą ultrasonografu ALBIT (Firmy ECHOSAN, z głowicą 5-12 MHz) wg klasyfikacji Outerbridge'a. Do oceny dolegliwości bólowych wykorzystano subiektywną skalę VAS. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu oprogramowania komputerowego STATISTICA 12.0 PL.

Wyniki: Zauważono korelacje pomiędzy odczuwanym bólem w stawie kolanowym prawym a stopniem degradacji chrząstki w tym stawie u grupy A ($R=0,4441$) oraz u grupy B ($R=0,5971$). Taka korelacja zaszła również w stawie kolanowym lewym w grupie A ($R=0,6426$) i grupie B ($R=0,5708$). Podobnie istotność statystyczną zauważono pomiędzy wysokością BMI a stopniem degradacji chrząstki w stawie kolanowym prawym w grupie A ($R=0,4210$) oraz w grupie B ($R=0,6479$). W lewym stawie kolanowym taka zależność zaszła jedynie u grupy A ($R=0,4057$). W grupie B zauważono również korelacje pomiędzy wysokością BMI a dolegliwościami bólowymi w stawie kolanowym prawym ($R=0,3959$) oraz lewym ($R=0,3681$). Dolegliwości bólowe w grupie A odczuwało aż 70% badanych, natomiast w grupie B 57%. W grupie A średnio dolegliwości bólowe w stawie kolanowym prawym wynosiły 2,45 w skali VAS, natomiast w lewym wynosiły 2,20 w skali VAS. W grupie B dolegliwości bólowe były mniejsze i wynosiły średnio 1,93 w stawie kolanowym prawym oraz 1,58 w lewym. Wskaźnik BMI powyżej 26 punktów miało w grupie A jedynie 13% osób, a w grupie B aż 50%.

Wnioski: Dolegliwości bólowe są zależne od stopnia degradacji chrząstek w stawach kolanowych, który zależy od BMI oraz trybu życia. W grupie B dolegliwości bólowe były zależne nie tylko od stopnia degradacji chrząstek stawowych, ale również od wartości BMI. Grubość chrząstek oraz stopień ich degradacji są porównywalne w obu grupach, jednak w grupie trenującej triathlon badani mimo niższego BMI odczuwali większe dolegliwości bólowe w stawach kolanowych niż osoby nietrenujące. Może to być spowodowane uprawianiem sportu, który sprzyja występowaniu urazów w stawach kolanowych. Osoby trenujące triathlon powinny być pod kontrolą fizjoterapeuty, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia urazów oraz zapewnić rehabilitację sportowców po urazach.

Słowa kluczowe: degradacja chrząstki, staw kolanowy, triathlon, skala VAS, BMI

Przełożenie różnych form fizjoterapii na zdolności funkcjonalne chorych po zabiegu meniscektomii.

Wstęp: Uszkodzenie łąkotek występuje średnio 60 do 70 na 100 000 osób i od 2,5 do 4 razy częściej dotyczy mężczyzn. Główne objawy uszkodzonej łąkotki to: ból, deficyt ruchomości, dysfunkcje mięśniowo-powięziowe, „blok” stawu kolanowego lub uczucie przeskakiwania. Mniejsza mobilność łąkotki przyśrodkowej w stosunku do łąkotki bocznej sprawia, że ta częściej ulega uszkodzeniom. Urazom łąkotek często towarzyszą dysfunkcje innych struktur stawu kolanowego (Triada O'Donoghue'a). W obszarze każdej łąkotki występują trzy strefy unaczynienia, jednak największy potencjał gojenia znajduje się w zewnętrznej strefie czerwono-czerwonej, która jest najsilniej unaczyniona i wynosi zaledwie 6 mm. W zależności od miejsca i typu uszkodzenia łąkotki dochodzi do różnorodnego gojenia tych struktur. Gdy uszkodzenie obejmuje 2/3 wewnętrzne części łąkotki, najczęściej wykonywana jest meniscektomia. Chorzy po zabiegu operacyjnym wymagają kompleksowej fizjoterapii, której celem jest eliminacja obrzęku, bólu, prawidłowe gojenie struktur, przywrócenie pełnej ruchomości i siły mięśniowej stawu kolanowego, a całościowo prawidłowa propriocepcja i pełna wielopłaszczyznowa funkcjonalna stabilizacja.

Cel pracy: Porównanie dolegliwości bólowych i stanu funkcjonalnego chorych po zabiegu meniscektomii pacjentów poddanych rehabilitacji i chorych, którzy nie przeszli rehabilitacji w okresie 12 tygodni od operacji.

Materiał i metoda: Badaniom poddano 18 osób po zabiegu meniscektomii, którym przydzielono do jednej z trzech grup. W grupie I znajdowało się 7 osób, które odbyły nierefundowaną rehabilitację obejmującą techniki z zakresu osteopatii, terapii manualnej i fizjoterapii funkcjonalnej. Kolejna grupa obejmowała 3 osoby, które korzystały z rehabilitacji w ramach NFZ i obejmowały wybrane zabiegi z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii. Ostatnia III grupa liczyła 8 osób, które nie odbyły fizjoterapii w ciągu 12 tygodni od zabiegu operacyjnego. Stan funkcjonalny chorych oceniano za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy: Tegner Lysholm Knee Scoring Scale oraz Knee Society Score (KSS), a dolegliwości bólowe chorzy oceniali wg skali VAS.

Wyniki: Pacjenci z grupy I w stosunku do osób, które przeszły cykl standardowej rehabilitacji uzyskiwali średnio wyższą liczbę punktów w Lysholm i KSS, a ocena bólu w VAS w 12 tygodniu od operacji była o 2 punkty niższa, co przemawia za zauważalną poprawą stanu funkcjonalnego badanych. Znaczącą poprawę w 6 i 12 tygodniu po operacji stwierdzono u chorych stanowiących grupę I w stosunku do pacjentów z grupy III. Większą ilość punktów badani z grupy II uzyskiwali w stosunku do pacjentów niepoddanych zabiegom z zakresu fizjoterapii podczas kontroli w 6 tygodniu od zabiegu, przy czym w 12 tygodniu po zabiegu operacyjnym ilość punktów w obu grupach była zbliżona.

Wnioski: Fizjoterapia funkcjonalna obejmująca m.in. techniki z zakresu terapii manualnej znacząco wpływa na poprawę stabilizacji funkcjonalnej i zmniejszenie bólu pacjentów po zabiegu meniscektomii. Standardowa rehabilitacja w ramach NFZ nie pozwala na osiągnięcie pełnej sprawności funkcjonalnej po zabiegu meniscektomii.

Słowa kluczowe: staw kolanowy, łąkotki, meniscektomia

Czynniki wpływające na motorykę dużą u wcześniaków.

Wstęp: Dzieci urodzone przedwcześnie wymagają wdrożenia terapii usprawniającej rozwój celem zniwelowania różnic dotyczących jakości chodu i równowagi. Określenie czynników wpływających na motorykę dużą wcześniaków wspiera rehabilitację i umożliwia indywidualne podejście do każdego pacjenta.

Cel pracy: Celem pracy była ocena czynników wpływających na motorykę dużą u wcześniaków w wieku od 6 do 7 lat, a także wykazanie różnic w równowadze i jakości chodu pomiędzy dziećmi urodzonymi przedwcześnie a dziećmi urodzonymi o czasie.

Materiał i metoda: Do badania zakwalifikowano 114 dzieci w wieku 6-7 lat urodzonych na terenie województwa podkarpackiego. Grupę badaną stanowiło 62 dzieci urodzonych przedwcześnie, a grupę kontrolną 52 dzieci urodzonych o czasie. W badaniach wykorzystano testy oceniające jakość chodu (tip - top, chodzenie na piętach, chodzenie na palcach) oraz Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej służące do oceny równowagi. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w programie Statistica 10.0.

Wyniki: Jakość chodu oraz równowaga dzieci urodzonych przedwcześnie jest gorsza niż dzieci urodzonych o czasie. Różnice te są istotne statystycznie. Do czynników wpływających na motorykę dużą u dzieci urodzonych przedwcześnie można zaliczyć stopień wcześniactwa ($p=0,017$ dla równowagi, $p=0,016$ dla jakości chodu) oraz płeć dziecka ($p=0,015$ dla jakości chodu).

Wnioski:

1. Większość wcześniaków w wieku 6-7 lat wykazuje deficyty dotyczące równowagi i jakości chodu.
2. Płeć dziecka przedwcześnie urodzonego nie ma wpływu na równowagę.
3. Wśród dzieci urodzonych przedwcześnie płeć żeńska uzyskuje lepsze wyniki w chodzeniu na piętach.
4. Masa urodzeniowa dziecka przedwcześnie urodzonego nie wpływa na równowagę oraz jakość chodu.
5. Stopień wcześniactwa ma wpływ na równowagę oraz jakość chodu dzieci urodzonych przedwcześnie.

SESJA II

DOKTORANTÓW I MŁODYCH PRACOWNIKÓW NAUKI

MODERATORZY

Przewodniczący Sesji

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

Dr n. med. Anna Krawczyńska

Dr n. med. Tomasz Senderek

Dr n. med. Jolanta Taczała

Dr n. med. Alicja Wójcik-Załuska

Rozwój dzieci urodzonych o czasie i wcześniaków – doniesienia wstępne.

Wstęp: Wcześniaki stanowią blisko 7% wszystkich urodzonych dzieci. Utrzymanie życia jest pierwszym zadaniem, które stoi przed opieką medyczną. Rozwój i przyszłość tych dzieci to następny etap realizowany przez lekarzy, jak i specjalistów z pokrewnych dziedzin. Z uwagi na rosnący procent ciąż zakończonych przedwcześnie oraz coraz lepszą opiekę neonatologiczną kolejnym wyzwaniem jest jakość życia i poziom funkcjonowania wcześniaków w kolejnych etapach rozwoju.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie poziomu rozwoju ruchowego dzieci urodzonych przed 37 tygodniem życia płodowego z dziećmi urodzonymi o czasie, a także analiza rozwoju wcześniaków z uwzględnieniem różnych obszarów rozwoju.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 61 dzieci w wieku 11,5-12,5 miesięcy wieku urodzeniowego. Grupę I stanowiły dzieci urodzone o czasie, natomiast grupa II to wcześniaki. Przeprowadzono ocenę zgodnie z Monachijską Funkcjonalną Diagnostyką Rozwojową (MFDR). Analizie poddano 60 kwestionariuszy: 30 dzieci urodzonych o czasie oraz 30 wcześniaków, u których badanie pozwoliło na uzyskanie pełnej obserwacji.

Wyniki: W grupie II z rehabilitacji korzystało 67% badanych, w grupie I z rehabilitacji korzystało 23% dzieci. Dzieci urodzone o czasie prezentowały w MFDR aktywność na poziomie 13,9 miesięcy, dzieci urodzone przed czasem (biorąc pod uwagę wiek urodzeniowy) prezentowały w MFDR aktywność na poziomie 13,1 miesięcy (w analizie całościowej). W ocenie całościowej tj. w diagnostyce wieku chodzenia, sprawności manualnej, samodzielności i percepcji 57% wcześniaków w 1 roku życia osiąga poziom rozwoju zgodny z wiekiem urodzeniowym, nie mniej jednak w ocenie poziomu rozwoju motoryki małej i dużej wiek urodzeniowy osiąga 83% dzieci. Najniższy poziom aktywności zaobserwowano w zakresie samodzielności, gdzie 67% badanych osiąga poziom wieku urodzeniowego.

Wnioski: Przedstawione badania mają charakter wstępny. W grupie badanej znaczny procent dzieci osiąga aktywności zgodne z wiekiem urodzeniowym w 1 roku życia w zakresie rozwoju motoryki. Jednocześnie niższy odsetek dzieci osiąga aktywności wieku urodzeniowego w zakresie samodzielności. W celu uzyskania dokładniejszych wyników należy zwiększyć grupę badaną, wydłużyć czas obserwacji oraz włączyć do zespołu badawczego specjalistów z różnych dziedzin.

Wpływ masażu tkanek głębokich na obniżenie napięcia struktur taśmy powierzchownej tylnej.

Wstęp: Masaż tkanek głębokich umożliwia pracę manualną na strukturach mięśniowo-powięziowo-więzadłowych. Terapia ta, zgodnie z założeniami konceptu, pozwala przywracać prawidłowy rozkład napięcia spoczynkowego mięśni, ich fizjologiczną długość i elastyczność.

Cel pracy: Głównym celem prezentowanych badań była ocena wpływu masażu tkanek głębokich na rozluźnienie i elastyczność struktur taśmy powierzchownej tylnej u osób zdrowych w wieku zawodowym.

Materiał i metody: Badania prowadzono w dwóch seriach. W pierwszej serii przebadano 120 osób, w tym 47 mężczyzn oraz 73 kobiety, średnia wieku $29,68 \pm 7,80$ lat. Badanych losowo podzielono na 6 grup, każda z nich poddana była 20-minutowemu zabiegowi masażu tkanek głębokich na określonej partii mięśniowej. Zarówno przed, jak i po masażu dokonano pomiaru liniowego rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Wyniki poddano analizie statystycznej (test Wilcoxa), za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

W drugiej serii przebadano 194 kobiety, średnia wieku wynosiła 29 ± 7 lat. Badanych podzielono losowo na 3 grupy, każda z nich poddawana była 2-minutowemu zabiegowi masażu tkanek głębokich na określonej partii ciała. Zarówno przed, jak i po masażu dokonano pomiaru liniowego rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Wyniki poddano analizie statystycznej (test Wilcoxa), za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. W pierwszej serii badań w grupach 1-5 uzyskano istotne zwiększenie rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Największa odnotowana różnica wystąpiła po masażu mięśni kulszowo-goleniowych (półścięgnistym, półbłoniastym oraz dwugłowym uda) i wyniosła 5 cm przy istotności $p < 0,001$. Najmniejsza różnica wynosząca 3 cm wystąpiła po masażu mięśni trójgłowych łydki ($p < 0,001$). W grupie kontrolnej nie stwierdzono żadnych różnic.

W drugiej serii badań we wszystkich 3 grupach uzyskano istotne zwiększenie rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Największa odnotowana różnica wystąpiła po masażu czepca ścięgnistego i wyniosła 5 cm przy istotności $p < 0,001$. Pozostałe 2 grupy wykazały różnicę wynoszącą 4 cm ($p < 0,001$).

Wnioski.

1. Masaż tkanek głębokich wpływa na rozciągnięcie struktur taśmy powierzchownej tylnej.
2. Praca na jednej ze struktur taśmy mięśniowo-powięziowej wpływa na elastyczność całej taśmy.
3. Masaż tkanek głębokich może mieć zastosowanie: w terapii, profilaktyce przeciążeń narządu ruchu i ograniczeń elastyczności tkanek związanych z pracą zawodową, jak i w sporcie.

Porównanie równowagi dynamicznej w tańcu towarzyskim i hip-hopie.

Wstęp: Równowaga dynamiczna to kontrola ciała w przestrzeni, warunkująca wykonywanie czynności ruchowych przy zmieniających się warunkach podłoża. Taniec jest jedną z form ruchu wymagającą perfekcyjnej kontroli ciała w przestrzeni. Zarówno taniec towarzyski, jak i hip-hop wymagają od tancerzy wysokiego poziomu równowagi dynamicznej, jednakże techniki obydwu tańców różnią się od siebie znacznie.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie poziomu równowagi dynamicznej u tancerzy tańca towarzyskiego oraz hip-hopu.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 20 osób trenujących taniec towarzyski w Formacji Tańca Towarzyskiego Politechniki Lubelskiej „GAMZA” oraz 22 osoby trenujące hip-hop w Studio Tańca UDS w Lublinie. Do badania równowagi dynamicznej użyto platformy balansowej Libra firmy Easytech. Zadaniem osoby badanej było utrzymanie platformy w pozycji równoważnej (poziomo) w taki sposób, aby urządzenie nie było przechylane w płaszczyźnie czołowej, a zewnętrzne jego krawędzie nie stykały się z podłożem. Najważniejszym parametrem obliczanym przez urządzenie była ocena GLOBAL – średnia ważona z 8 parametrów cząstkowych.

Wyniki: Lepsze wyniki równowagi dynamicznej dla wszystkich parametrów uzyskały kobiety z grupy tańca towarzyskiego w porównaniu do kobiet z grupy hip-hopu ($p < 0,05$), oraz mężczyźni z grupy hip-hopu w porównaniu do mężczyzn z grupy tańca towarzyskiego ($p > 0,05$). W grupie tańca towarzyskiego lepsze wyniki uzyskały kobiety ($p < 0,05$), natomiast w grupie tańca hip-hop mężczyźni ($p > 0,05$).

Wnioski: Tancerze tańca towarzyskiego oraz hip-hopu posiadają wysoki poziom równowagi dynamicznej. Kobiety z grupy tańca towarzyskiego wykazały nieco wyższy poziom równowagi dynamicznej w porównaniu do kobiet z grupy tańca hip-hop, natomiast w przypadku mężczyzn wyższy poziom równowagi dynamicznej uzyskała grupa tańca hip-hop. Przeprowadzone badanie pokazało, że taniec ma pozytywny wpływ na kształtowanie zdolności równoważnych ciała w warunkach dynamicznych, a także wskazuje potrzebę dalszych badań w tym kierunku.

¹ *Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

² *Studium doktoranckie przy Katedrze Nauk Humanistycznych
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

³ *Studenckie Koło Naukowe Anatomii Klinicznej i Symulacji Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

⁴ *Studium doktoranckie przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Neurologicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

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

Opiekun SKAnK: dr hab. med. Kamil Torres

Opiekun naukowy pracy: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Turowski

Ocena ruchu retrakcji w leczeniu zespołu derangement odcinka szyjnego kręgosłupa.

Wstęp: Prawidłowa pozycja ciała jest ważna zarówno w aktywnościach dnia codziennego, w pracy jak i podczas odpoczynku. Odcinek szyjny kręgosłupa jest narażony na uszkodzenia przeciążeniowe związane z nagłą zmianą pozycji ciała. Retrakcja przywraca fizjologicznie prawidłowe ustawienie segmentów w wyniku cofnięcia głowy.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena ruchu retrakcji w leczeniu odcinka szyjnego kręgosłupa przy zespole derangement o kierunku tylnym.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 45 osób z występującym zespołem derangement tylny oraz bólem promieniującym do stawu ramiennego, potylicy i kończyny górnej. Badanych o średniej wieku 31,4 podzielono na 2 grupy: 22 osoby z derangement tylnym górnych segmentów, 23 osoby z derangement tylnym dolnych segmentów. Badani przez 12 dni wykonywali ruch retrakcji. Pierwszego i ostatniego dnia terapii oceniano utratę ruchomości oraz dolegliwości bólowe wg skali VAS.

Wyniki: Znaczna część badanych zgłosiła zmniejszenie i ustabilizowanie dolegliwości bólowych po 3-4 dniach. Zakres ruchu zgięcia i wyprostu zwiększył się.

Wnioski: Uszkodzenia kręgosłupa po odpoczynku są coraz częściej spotykane. Ruch retrakcji jest skutecznym sposobem zapobiegania pierwotnych oraz minimalizowania wtórnych zespołów derangement.

Zmodyfikowany Objaw Spurlinga – nowy test funkcjonalny w diagnostyce przepukliny krążka międzykręgowego.

Wstęp: Rozpoznanie radikulopatii szyjnej opiera się przede wszystkim na badaniu klinicznym, w tym na testach prowokacyjnych. Jednym z nich jest kompresyjny test Spurlinga. Od momentu pierwszego jego opisu, zaproponowano już co najmniej 5 modyfikacji oryginalnego manewru w celu poprawy jego wartości diagnostycznych.

Cel pracy: Przedstawienie kolejnej modyfikacji testu Spurlinga oraz określenie jego czułości i swoistości w diagnostyce funkcjonalnej dyskopatii odcinka szyjnego kręgosłupa w zależności od wielkości przepukliny oraz jej lokalizacji.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 105 osób (średni wiek: 48,6 lat; SD=11,6) ze zdiagnozowaną dyskopatią odcinka szyjnego kręgosłupa na podstawie badania MRI, których celowo przydzielono do jednej z pięciu grup ze względu na rodzaj dyskopatii. Grupę 1 (n=22) stanowiły osoby z asymetryczną protruzją jądra miażdżystego bez ucisku na korzeń nerwowy, grupę 2 (n=41) utworzyły osoby z asymetryczną protruzją jądra miażdżystego z cechami ucisku na korzeń nerwowy, do grupy 3 (n=24) kwalifikowano osoby z asymetryczną ekstruzją jądra miażdżystego z uciskiem na korzeń nerwowy, natomiast do grupy 4 (n=18) włączano osoby z tylną, centralną protruzją modelującą worek oponowy, bez cech kolizji korzeniowej. Grupę kontrolną stanowiło 40 osób: 17 kobiet i 23 mężczyzn w wieku 28-37 lat (M=32,16; SD=4,15), którzy nie zgłaszali jakichkolwiek objawów bólowych w obrębie odcinka szyjnego oraz na podstawie badania MRI charakteryzowali się prawidłowym położeniem krążka międzykręgowego, jak również brakiem zmian degeneracyjnych w jego obrębie. Modyfikacja testu Spurlinga polegała na wykonaniu następującej sekwencji ruchów odcinka szyjnego: skłon boczny w stronę objawów bólowych, rotacja w stronę bólów, retrakcja odcinka szyjnego. Następnie za pomocą dłoni terapeuty wykonywano nacisk osiowy na kręgosłup.

Wyniki: Wartości czułości dla zmodyfikowanego testu Spurlinga różniły się w zależności od rodzaju przepukliny dyskowej. Najwyższe wartości czułości odnotowano w grupie 3 (94%) oraz grupie 2 (90%), natomiast najmniejsze w grupie 1 (45%). Wśród pacjentów z grupy 4 wartości czułości prezentowały się na poziomie 52%. Swoistość testu kształtowała się na poziomie 96%.

Wnioski: Zmodyfikowany test Spurlinga stanowi użyteczne narzędzie w diagnostyce funkcjonalnej asymetrycznej ekstruzji oraz protruzji jądra miażdżystego.

Słowa kluczowe: objaw Spurlinga, dyskopia, przepuklina dyskowa, diagnostyka funkcjonalna

Ocena skuteczności zastosowania neuromobilizacji nerwu promieniowego w leczeniu łokcia tenisisty.

Wstęp: Łokieć tenisisty (zapalenie nadkłykcia boczno kości ramiennej) jest najczęściej diagnozowaną chorobą układu mięśniowo-szkieletowego w kończynie górnej. Przez wiele lat etiologia tego schorzenia łączona była ze stanem zapalnym w obrębie ścięgna prostowników przedramienia. Obecnie panuje powszechna zgodność co do tego, że dolegliwości bólowe związane są ze zmianami zwyrodnieniowymi w okolicy ścięgna prostowników, głównie mięśnia prostownika promieniowego krótkiego nadgarstka. Wciąż brakuje jednak silnych dowodów naukowych na temat efektywności wybranych metod leczenia.

Cel pracy: Ocena wybranych algorytmów postępowania fizjoterapeutycznego w leczeniu zachowawczym łokcia tenisisty.

Material i metody: Do badania zakwalifikowano 26 pacjentów (średni wiek: $51,4 \pm 8,8$; zakres: 41-64 lat) ze zdiagnozowanym łokciem tenisisty za pomocą badania USG oraz testów funkcjonalnych. Zostały one losowo przypisane do jednej z dwóch grup (każda $n=13$). Grupę 1 (G1) stanowili pacjenci poddani zabiegom terapii manualnej w formie masażu poprzecznego, grupę 2 (G2) utworzyły osoby, u których dodatkowo zastosowano neuromobilizację nerwu promieniowego. Poziom nasilenia dolegliwości bólowych oceniono wg skali wzrokowo-analogowej (VAS) i skali Laitinena (LPS). Dokonano również oceny dolegliwości bólowych przy pomocy badania palpacyjnego oraz testów funkcjonalnych (test „krzesła”, Thomsona, Mills'a). Pomiarów dokonywano trzykrotnie: przed przystąpieniem do leczenia (P1), bezpośrednio po jego zakończeniu (P2), jak również po upływie 3 miesięcy (P3) od jego zakończenia.

Wyniki: Przed rozpoczęciem leczenia grupy nie różniły się statystycznie pod względem punktacji w stosowanych skalach. W obu grupach wykazano poprawę bezpośrednio po zakończeniu leczenia (G1: $p=0,041$ vs G2: $0,011$). Po upływie 3 miesięcy efektywność leczenia w G1 nie była istotna statycznie ($p=0,074$) – w porównaniu do G2 ($p=0,025$). W pomiarach P2 i P3 mniejszy odsetek badanych z obecnością dodatnich testów funkcjonalnych i bolesności podczas palpacji zaobserwowano w G2 – względem G1.

Wnioski: Połączenie neuromobilizacji i masażu poprzecznego w obrębie ścięgien prostowników przedramienia pozwala uzyskać lepsze rezultaty terapeutyczne wśród pacjentów ze zdiagnozowanym zespołem łokcia tenisisty – w porównaniu do stosowania samego masażu poprzecznego.

Zastosowanie metody termografii do oceny temperatury tkanek u pacjentów po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Wstęp: Badanie termograficzne to więcej niż zwykły skan ciała. Kamera termowizyjna rejestruje promieniowanie podczerwone wypromieniowane z badanego celu. Rejestracja różnic promieniowania podczerwonego badanego obiektu uzyskana w badaniu termograficznym pozwala na utworzenie obrazu temperaturowego.

Cel pracy: Zastosowanie metody termografii do oceny zmian temperatury tkanek po leczeniu chirurgicznym raka piersi z usunięciem węzłów chłonnych.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 120 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w Ośrodku Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej po chirurgicznym leczeniu raka piersi z usuniętymi węzłami chłonnymi. Badaniami objęte zostały trzy grupy czterdziestoosobowe kobiet z I° i II° klinicznym obrzęku limfatycznego. W grupie I – stosowano wyłącznie drenaż limfatyczny, w grupie II – stosowano drenaż limfatyczny oraz masaż pneumatyczny i masaż wibracyjny, w grupie III – stosowano masaż pneumatyczny, masaż wibracyjny bez drenażu limfatycznego.

Wyniki: Po zakończeniu serii 10 zabiegów u wszystkich pacjentów w każdej grupie stwierdzono obniżenie temperatury tkanek miękkich i zmniejszenie obwodów kończyn górnych i klatki piersiowej.

Wnioski: Temperatura tkanek miękkich po stronie operowanej jest wyższa niż po stronie nieoperowanej. Po zabiegach fizjoterapeutycznych temperatura tkanek miękkich po stronie operowanej ulega obniżeniu. Zastosowane zabiegi fizjoterapeutyczne w różnym stopniu wpływają na obniżenie temperatury tkanek kończyny z obrzękiem limfatycznym. Najskuteczniejszym zabiegiem w obniżeniu temperatury kończyny z obrzękiem limfatycznym jest manualny drenaż limfatyczny. Wraz ze spadkiem temperatury badanej kończyny z obrzękiem limfatycznym nastąpiło zmniejszenie obrzęku limfatycznego, zmniejszyło się natężenie bólu i drętwienie kończyny zajętej obrzękiem. Kamera termowizyjna pozwala na szybką i nieinwazyjną ocenę zmian zachodzących w organizmie oraz zmian amplitudy temperatur po zastosowaniu zabiegów.

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.

[illegible]

XI MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

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

PLANOWANY TERMIN

17-18 maja 2018, Lublin

17 maja 2018

NAUKOWA CZĘŚĆ KONFERENCJI

18 maja 2018

WARSZTATY FIZJOTERAPEUTYCZNE

www.sknf.umlub.pl

majowka-z-fizjo@wp.pl

MIEJSCE OBRAD

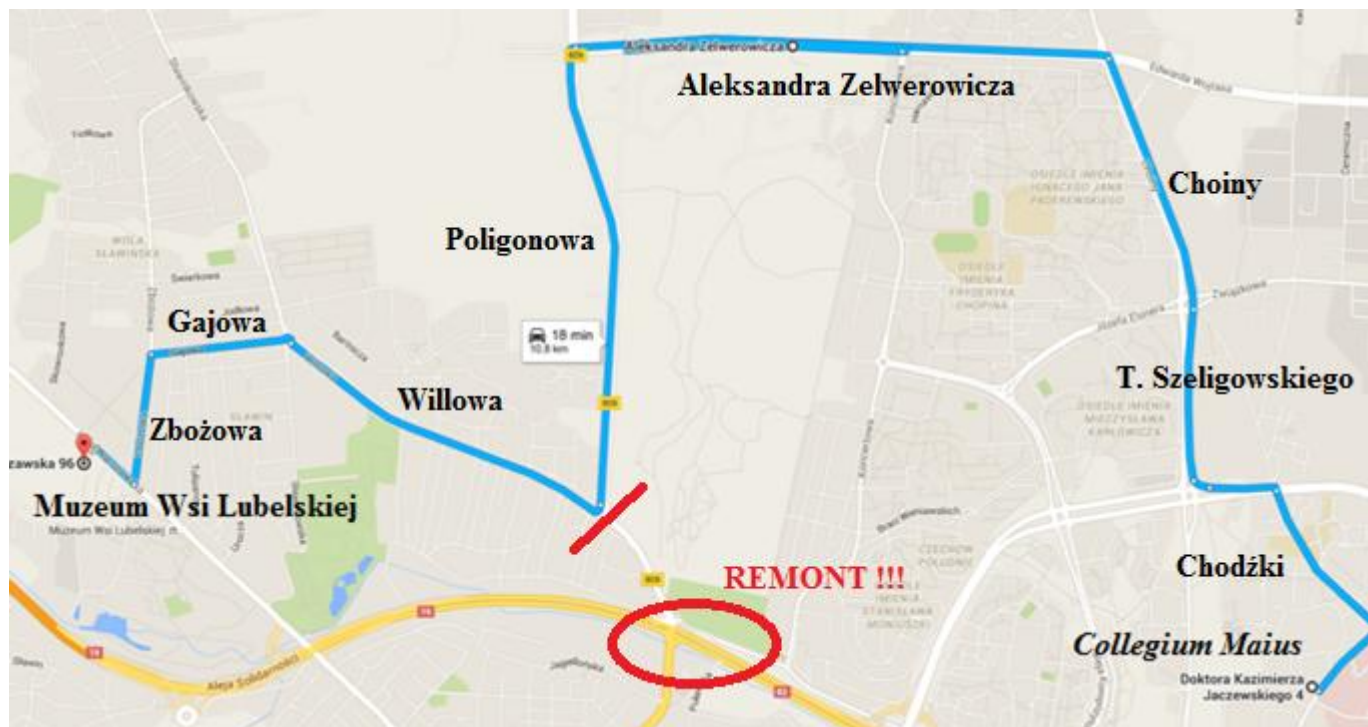
Aula budynku COLLEGIUM MAIUS
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
(ul. Jaczewskiego 4, Lublin)

ORGANIZATORZY

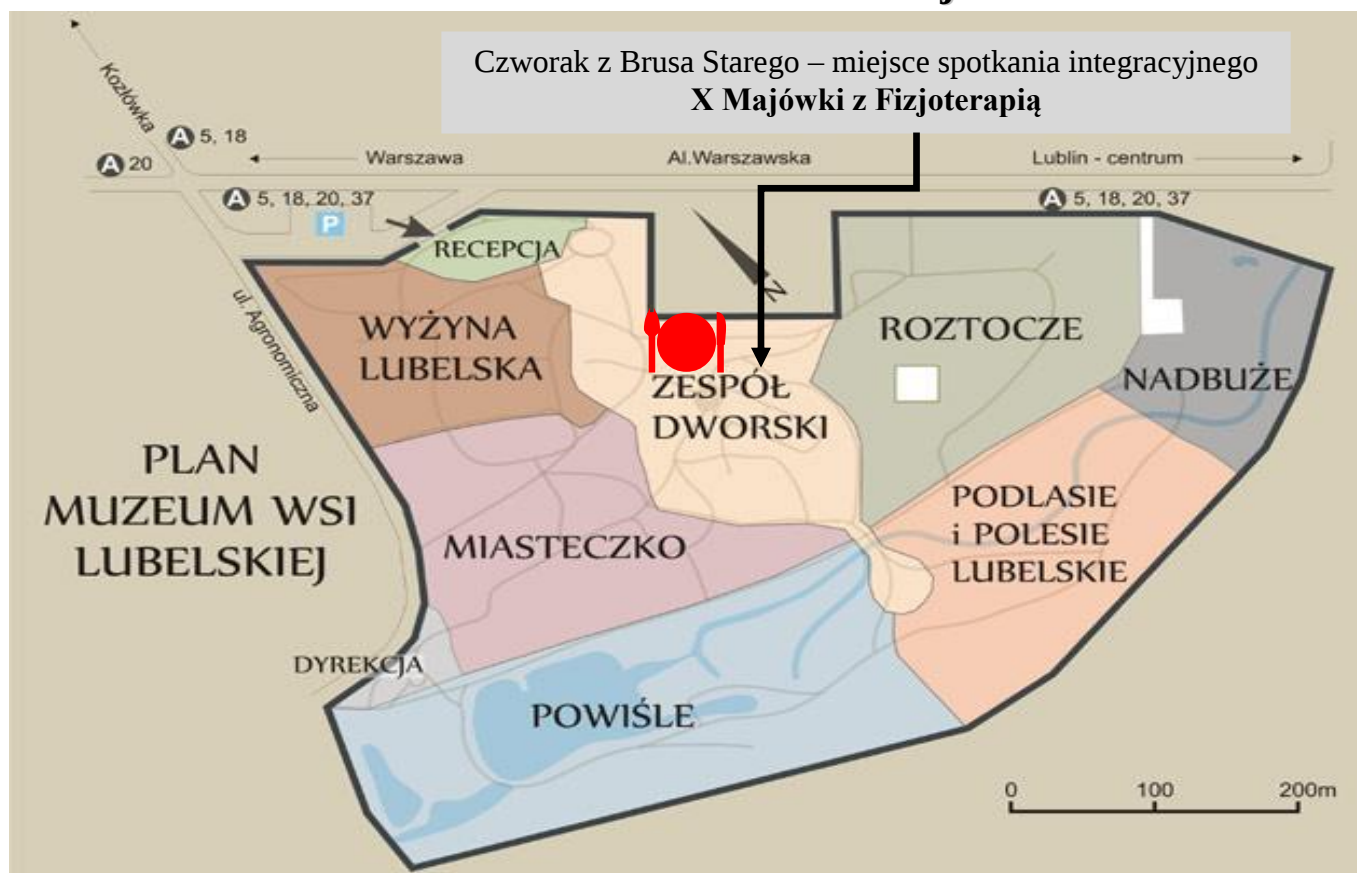
*Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii
Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii
Zakład Balneoterapii
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie*

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)