



VII MAJÓWKA Z FIZJOTERAPIĄ

FIZJOTERAPIA W XXI WIEKU

08-09.05.2014, Lublin

CYKLICZNE OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM
STUDENCKICH KÓŁ NAUKOWYCH

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 Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

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

PATRONAT HONOROWY

PATRONAT
HONOROWY



JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Prof. dr hab. Andrzej Drop

**PATRONAT
HONOROWY**



PREZYDENT MIASTA LUBLIN
KRZYSZTOF ŻUK



KRZYSZTOF HETMAN
MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

HONOROWY PATRONAT NAUKOWY



**POLSKIE
TOWARZYSTWO
FIZJOTERAPII**

PATRONAT MEDIALNY



GŁÓWNY PARTNER SYMPOZJUM



**MEDICAL
SPORT**

**PROFESJONALNA
MEDYCYNA
SPORTOWA**

WYŁĄCZNY PRZEDSTAWICIEL MAREK

Mueller®

KINESIO®
The Original from Dr. Kenzo Kase Since 1979
POLSKA

CEP

W POLSCE

OFICJALNI PARTNERZY SYMPOZJUM



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



masaz • tkanek • głębokich.pl
Ł. Czubaszewski P. Szatański



MedPharm Polska



KOMITET NAUKOWY

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO- Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

V-CE PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO- Dr hab. n. med. Piotr Majcher

CZŁONKOWIE KOMITETU NAUKOWEGO:

Dr n. med. Małgorzata Drelich

Dr n. kult. fiz. Adam Fijewski

Dr n. med. Piotr Gawda

Dr n. med. Apolinary Ginszt

Prof. nadzw. dr hab. Joanna Iłżecka

Dr n. med. Anna Krawczyńska

Dr n. kult. fiz. Józef Krzak

Prof. dr hab. n. med. Teresa B. Kulik

Dr n. med. Piotr Kwiatkowski

Dr hab. n. med. Robert Latosiewicz

Dr n. med. Anna Pacian

Dr n. kult. fiz. Teresa Pop

Dr Patrycja Rąglewska

Dr n. med. Krzysztof Sokołowski

Dr n. med. Jolanta Taczała

Dr n. med. Alicja Wójcik-Załużka

Dr n. chem. Krzysztof Wójtowicz

KOMITET ORGANIZACYJNY

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO mgr Kamil Chołuj

mgr Justyna Chmiel

CZŁONKOWIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO:

mgr Katarzyna Pikto-Pietkiewicz

mgr Piotr Turmiński

mgr Tomasz Zawiślak

mgr Marcin Gniewek

mgr Daria Majewska

mgr Paweł Goguł

mgr Anna Kozak

Marcin Stępień

Anna Dereń

Piotr Karaś

Karolina Bryda

Paweł Cichocki

Katarzyna Skwarek

Karolina Kuźma

Natalia Krzysztyniak

lek. med. Karolina Janikowska

Klara Francuz

Monika Filipowicz

Jolanta Goławska

Aneta Demczuk

Magdalena Dmowska

Monika Kadłubowska

Paulina Ligęza

mgr Bożydar Czapka

mgr Michał Popajewski

Monika Wybraniak

VII Majówka z Fizjoterapią

PROGRAM NAUKOWEJ CZĘŚCI SYMPOZJUM

08 maja 2014

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

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

mgr Kamil Chołuj, mgr Justyna Chmiel

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

Oficjalne Otwarcie Sympozjum:

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Drop

Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

09.15-09.45 I WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

„Podstawy masażu tkanek głębokich”.

mgr Piotr Szałański

mgr fizjoterapii, terapeuta manualny, doktorant Akademii Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

09.45-12.00 SESJA I

1. **Dr n. med. Apolinary Ginszt** – Przewodniczący Sesji
2. **Dr n. kult. fiz. Teresa Pop**
3. **Dr n. med. Małgorzata Drelich**
4. **Dr n. med. Anna Krawczyńska**

1. *Hipochondria w aspekcie rehabilitacji. Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji Inwentarza Lęku o Zdrowie (SHAI) wśród pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej* - Janusz Kocjan - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. *Ocena skuteczności wkładek sensomotorycznych dobranych na podstawie kompleksowego dynamicznego badania stóp aparatem MediLogic. Stopa końsko-spastyczna* - Michał Grzegorzczak, Łukasz Koziół - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. *Zespół napięcia przedmiesiączkowego - miejsce fizjoterapii w najnowszych zleceniach terapeutycznych* - Oliwia Bachanek, Jakub Mitura - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. *Ocena krzywizn kręgosłupa rzeszowskich studentów tańczących tańce ludowe i nietańczących* - Marta Bobola - Uniwersytet Rzeszowski
5. *Młodzięcze idiopatyczne zapalenie stawów u bliźniaczek - rola czynników genetycznych i środowiskowych w etiopatogenezie i progresji choroby. Opis przypadku* - Oliwia Bachanek, Jakub Mitura - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
6. *Rola fizjoterapii w usprawnianiu pacjentów po zabiegach resekcyjno-rekonstrukcyjnych nowotworu jamy ustnej* - Sylwia Kolasa - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
7. *Ocena stabilności posturalnej u dzieci w zależności od wskaźnika masy ciała* - Katarzyna Guzek, Krzysztof Graff, Edyta Kulmaczewska, Agnieszka Matfin - Akademia Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie
8. *Wykorzystanie systemu Zebris do oceny posturalnej sylwetki ciała u osób przed i po zabiegu operacyjnym na skoliozę idiopatyczną* - Daria Majewska, Magdalena Sobiech - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji SPSK 4 w Lublinie
9. *Wpływ mobilizacji odcinka lędźwiowego na zachowanie się krzywizn kręgosłupa* - Bożydar Czapka, Paweł Goguł, Anna Maksim - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
10. *Tomografia komputerowa a termografia w ocenie stanu zapalnego zatokobocznych nosa* - Gustaw Wójcik, Jolanta Piskorz, Dorota Kozak-Putowska, Włodzimierz Bulikowski - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
11. *Wpływ ćwiczeń izometrycznych mięśni tułowia na równowagę u pacjentów z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Badania wstępne* - Joanna Michalik, Marcin Stępień - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
12. *Ocena skuteczności zabiegu kompresjoterapii u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi z wykorzystaniem różnych materiałów kompresyjnych* - Arkadiusz Sałbut, Marcin Gniewek, Krzysztof Pytka, Dorota Hałasa-Majchrzak, Piotr Majcher, Emilia Karczewska - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie
13. *Porównanie parametrów ustawienia kręgosłupa i tułowia u kobiet przed i w 3 dobie po porodzie metodą cięcia cesarskiego* - Michał Popajewski - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
14. *Skuteczność terapii wg Briana Mulligana u pacjentów z objawami łokcia tenisisty* - Karolina Janikowska, Katarzyna Chomiuk, Daria Majewska - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
15. *Koncepcja Halliwick jako forma rehabilitacji w środowisku wodnym* - Grzegorz Węgiel - Uniwersytet Medyczny w Lublinie

12.00-12.30 PRZERWA KAWOWA

12.30-13.00 II WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

„Rola przepony oddechowej w powstawaniu dysfunkcji narządu ruchu”.

Dr n. med. Marian Majchrzycki

Prezes Wielkopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Adiunkt w Katedrze i Klinice Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

13.00-14.40 II SESJA

1. **Dr n.kult. fiz. Adam Fijewski** – Przewodniczący Sesji
2. **Dr hab. n. med. Piotr Majcher**
3. **Dr n. kult. fiz. Józef Krzak**
4. **Dr n. med. Piotr Gawda**

1. *Ocena wychwiań dynamicznych u dzieci zdrowych i z patologią masy ciała* - Agnieszka Matfin, Krzysztof Graff, Katarzyna Guzek, Edyta Kulmaczewska - *Akademia Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie*
2. *Sprawność motoryczna dzieci w wieku przedszkolnym a organizacja czasu wolnego w rodzinie* - Anna Maksim, Paweł Goguł, Bożydar Czapka - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
3. *Wpływ zwiększonej aktywności ruchowej młodzieży w wieku gimnazjalnym na poziom sprawności motorycznej badanej Międzynarodowym Testem Sprawności Fizycznej* - Patrycja Bielecka - *Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*
4. *Analiza porównawcza wybranych parametrów stawu ramiennego, łopatki i odcinka szyjnego kręgosłupa u osób trenujących piłkę siatkową i nietrenujących* - Magdalena Zawadka, Joanna Kloc - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
5. *Wielkość i siła mięśnia trójgłowego łydki u osób uprawiających piłkę siatkową* - Jacek Tyburczy - *Uniwersytet Rzeszowski*
6. *Rodzaje uszkodzeń aparatu ruchowego i częstość stosowania środków odnowy biologicznej przez osoby uprawiające jeździectwo* - Joanna Jagiełka, Piotr Górecki - *Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu*
7. *Tolerancja wysiłku osób z chorobą wieńcową z współistniejącą cukrzycą* - Małgorzata Tłuczek - *Uniwersytet Rzeszowski*
8. *Kinezjofobia - lęk przed aktywnością ruchową. Identyfikacja przyczyn pasywności ruchowej u pacjentów po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych* - Janusz Kocjan, Marek Brdak, Hubert Utykański - *Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*
9. *Urazowość wśród narciarzy i snowboardzistów rekreacyjnych* - Joanna Kloc, Magdalena Zawadka - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
10. *Rola sportu w życiu osób niepełnosprawnych* - Dominika Kruk - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
11. *Analiza zagrożenia ryzykiem upadku u osób ze zmianami zwyrodnieniowymi po 65 roku życia* - Agnieszka Żyszkowska, Anna Wolanin, Monika Kadłubowska, Beata Wójcik - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji SPSK 4 w Lublinie*
12. *Wpływ uprawiania sportu goalball na aktywizację społeczną osób niewidomych i słabowidzących* - Martyna Mazurek-Sitarz, Tomasz Derewiecki, Paweł Chruściel - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

14.40-15.00 PRZERWA KAWOWA

15.00-15.30 III WYKŁAD NA ZAPROSZENIE

„Protokół MOBIDERM® – element kompleksowej fizjoterapii pacjentów z obrzękiem limfatycznym”.

Dr n. med., dr inż. Sławomir Pyszniak – Konsultant Medyczny Thuasne Polska

15.30-17.10 SESJA III

1. **Prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik** -Przewodnicząca Sesji
2. **Dr n. med. Anna Pacian**
3. **Dr n. med. Krzysztof Sokołowski**
4. **Dr n. med. Alicja Wójcik-Za**łuska

1. *Ocena umiejętności samoobstugi w znaczeniu „zajęć funkcjonalnych” w terapii pacjentów neurologicznych w wieku 5-21 lat* - Stanisław Czechowski - *Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*
2. *Występowanie zaburzeń czynności narządu ruchu oraz znajomość zasad profilaktyki podejmowanej przez osoby grające na gitarze* - Natalia Gawrych, Joanna Mielewczyk - *Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu*
3. *Ocena stanu świadomości mężczyzn na temat profilaktyki i następstw udaru mózgu* - Paweł Cichocki, Daria Majewska, Karolina Janikowska - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
4. *Czy motyw ma znaczenie? O jakości i satysfakcji z życia wolontariuszy sportowych pracujących podczas turnieju UEFA Euro 2012™* - Marek Brdak, Karolina Mularczyk - *Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu*
5. *Ocena jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa* - Karolina Janikowska, Katarzyna Chomiuk, Daria Majewska - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
6. *Róża kończyn górnych u pacjentek z obrzękiem limfatycznym. Ocena retrospektywna pacjentek Ośrodka Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej* - Dorota Hałasa-Majchrzak, Krzysztof Pytka, Marcin Gniewek, Piotr Majcher, Sylwia Chamera, Emilia Karczewska - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie*
7. *Analiza długości drogi rzutu środka ciężkości u dzieci zdrowych i otyłych* - Krzysztof Graff, Edyta Kulmaczewska, Agnieszka Matfin, Katarzyna Guzek - *Akademia Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie*
8. *Ocena porównawcza stanu świadomości osób z wykształceniem medycznym i niemedycznym na temat zawodu fizjoterapeuty* - Daria Majewska, Paweł Cichocki - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
9. *Zaburzenia ukrwienia rdzenia kręgowego w przebiegu urazów* - Dorota Kozak-Putowska, Jolanta Piskorz, Gustaw Wójcik - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
10. *Lateralizacja u studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie* - Monika Wybraniak - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
11. *Pomiary wilgotności skóry u pacjentów poddawanych znieczuleniu ogólnemu* - Jolanta Piskorz, Gustaw Wójcik, Dorota Kozak-Putowska, Włodzimierz Bulikowski - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*
12. *Efekty zastosowania krioterapii miejscowej w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych* - Tomasz Zawiaślak, Piotr Turmiński, Krzysztof Sokołowski, Ewa Socha, Katarzyna Król - *Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

17.10-17.30 PREZENTACJA PARTNERÓW VII MAJÓWKI Z FIZJOTERAPIĄ

**17.30-18.00 WRĘCZENIE NAGRÓD LAUREATOM SYMPOZJUM,
ROZŁOSOWANIE NAGRÓD WŚRÓD UCZESTNIKÓW KONFERENCJI**

19.30-24.00 BIESIADA W MUZEUM WSI LUBELSKIEJ

VII Majówka z Fizjoterapią

PROGRAM WARSZTATÓW

09 maja 2014

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

09.00-11.00 WARSZTAT I

„Diagnostyka różnicowa i terapia manualna w dolegliwościach bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa”.

Dr n. med. Marian Majchrzycki

Prezes Wielkopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Adiunkt w Katedrze i Klinice Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

11.00-11.30 PRZERWA KAWOWA

11.30-12.30 WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

„Masaż tkanek głębokich jako forma rozluźniania mięśniowo-powięziowego”.

mgr Piotr Szałański

mgr fizjoterapii, terapeuta manualny, doktorant Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

12.30-13.00 PRZERWA KAWOWA

13.00-17.00 WARSZTAT II

„Wstęp do masażu tkanek głębokich”.

mgr Piotr Szałański

mgr fizjoterapii, terapeuta manualny, doktorant Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

17.00-17.15 ZAKOŃCZENIE WARSZTATÓW, PODSUMOWANIE II-go DNIA SYMPOZJUM, WRĘCZENIE CERTYFIKATÓW UCZESTNICTWA

I Wykład na Zaproszenie

Łukasz Czubaszewski, Piotr Szalański

Podstawy Masażu Tkanek Głębokich.

Masaż Tkanek Głębokich (MTG) to terapeutyczna metoda pracy z tkanką łączną. Ma ona na celu poprawę ruchomości tkanki oraz regulowanie jej napięcia. Za pomocą aplikacji technik MTG uzyskuje się rozluźnienie tkanki łącznej oraz koryguje wzorce struktury tkanki łącznej. Prekursor metody, zaawansowany Rolfer Art. Riggs mówi, że za pomocą MTG można rzeźbić ciało pacjenta. Powiedzenie to można odnieść do następującej po kilku sesjach terapeutycznych korekcji postawy ciała pacjenta, zmiany wzorców poruszania się oraz zmniejszeniu dolegliwości bólowych.

Swoją nazwę metoda zawdzięcza wyjątkowo głębokiemu oddziaływaniu, za jej pomocą można opracowywać nie tylko tkankę leżącą w pierwszych warstwach pod skórą, ale także wpływać na tkanki umiejscowione w kolejnych, głębiej położonych warstwach. Pomimo że nazwa mogłaby sugerować, że techniki będą aplikowane z dużą siłą, prawidłowe ich wykonanie nie podrażnia receptorów bólowych umiejscowionych w tkance i tylko w wyjątkowych okolicznościach terapeuta musi użyć mocnego nacisku.

Ponieważ w MTG duża część diagnostyki pochodzi z odczuwania jakości ruchu tkanki jak i wyczuwaniu jej napięcia oraz oporów kierunkowych, można powiedzieć, że jest to jedna z nielicznych metod gdzie diagnostyka płynnie przechodzi w terapię.

U podstaw MTG leży dobre przygotowanie teoretyczne zagadnień z anatomii oraz fizjologii. Uznaje się że MTG wywodzi się z Integracji Strukturalnej i obecnie metoda jest traktowana jako bezpośrednie zaplecze oraz przygotowanie do stosowania w pracy terapeutycznej zasad Integracji Strukturalnej.

Zasadą MTG jest wolne aplikowanie ruchów terapeutycznych. Szybkie ruchy pobudzają receptory bólu, wolne ruchy dają tkance czas na reakcję i nie wymuszają na niej korekcji. Można powiedzieć, że terapeuta wskazuje tkance kierunek, w którym mogłaby się lepiej poruszać, by spowodować korzystniejsze warunki biomechaniki ciała.

W pracy z pacjentem za pomocą MTG, terapeuta wykorzystuje różne części przedramienia oraz dłoni w celu aplikowania dokładnego i dopasowanego do opracowywanej strefy nacisku. Do precyzyjnej pracy np. likwidowania napięć powstałych w brzdach mięśniowych najlepiej nadają się palce, natomiast do pracy na dużych powierzchniach takich jak grzbiet wygodnie pracuje się używając przedramienia lub paliczków bliższych.

MTG z powodzeniem stosuje się w przypadkach ostrych dolegliwości bólowych, w zespołach bólowych i stanach chronicznych, przy wskazaniach do poprawy postawy i biomechaniki ciała w ruchu oraz w stanach pourazowych. Największym ograniczeniem w pracy za pomocą techniki MTG są stany niewydolności krążenia obwodowego.

SESJA I
MODERATORZY

Dr n. med. Apolinary Ginszt
Przewodniczący Sesji

Dr n. kult. fiz. Teresa Pop

Dr n. med. Małgorzata Drelich

Dr n. med. Anna Krawczyńska

Hipochondria w aspekcie rehabilitacji.

Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji Inwentarza Lęku o Zdrowie (SHAI) wśród pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej.

Wprowadzenie: Do oceny nasilenia lęku o zdrowie wykorzystywanych jest kilka kwestionariuszy. Zgodnie z teorią poznawczo-behawioralną, konceptualizującą hipochondrię jako zaburzenie lękowe, skonstruowany został tylko SHAI (ang. *ShortHealthAnxiety Inventory*). Dotychczas nie opracowano jego polskiej wersji.

Cel pracy: Celem pracy była adaptacja narzędzia badawczego ShortHealthAnxiety Inventory (SHAI) do warunków polskich oraz ocena jego właściwości psychometrycznych.

Materiał i metoda: Badanie przeprowadzono wśród 83 pacjentów poddanych rehabilitacji sanatoryjnej [średni wiek (S.D.): 60.31 (9.52); przedział 46–79 lat]. Rzetelność SHAI określono poprzez obliczenie współczynników alpha-Cronbacha (α), trafność teoretyczną ustalono za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, natomiast trafność konwergencyjną poprzez analizę zależności między SHAI a innymi narzędziami psychometrycznymi służącymi do pomiaru lęku. Pomiaru dokonano dwukrotnie. Dobrano następujący zestaw kwestionariuszy: Inwentarz Lęku o Zdrowie (SHAI), Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS) oraz Skala Lęku Hamiltona (HAS).

Wyniki: Średni wynik SHAI wyniósł 21.56 ± 10.01 . Uzyskano wysoką spójność wewnętrzną dla całego narzędzia ($\alpha=0.93$), jak również, tworzących go podskal ($\alpha=0.89-0.92$). W analizie korelacji „pozycja testu-wynik ogólny” uzyskano wynik >0.49 dla każdej z 18 pozycji. Pomiar metodą test-retest wykazał wysoki poziom stabilności bezwzględnej SHAI ($r=0.91$) w odstępie 3 tygodni. Analiza confirmacyjna ładunków czynnikowych potwierdziła model dwuczynnikowy inwentarza (jak w przypadku oryginalnej skali). Skumulowany odsetek wyjaśnionej wariancji wyniósł 56%. Odnotowano pozytywne korelacje między SHAI a podskalą lęku HADS ($r=0.57$) oraz HAS ($r=0.52$).

Wnioski: Polska wersja Inwentarza Lęku o Zdrowie (SHAI) wykazała zadowalające właściwości psychometryczne. Stanowić ona może użyteczne narzędzie diagnostyczne i screeningowe, znajdujące zastosowanie zarówno w codziennej praktyce klinicznej, jak również w badaniach naukowych.

Słowa kluczowe: hipochondria, lęk o zdrowie, Inwentarz Lęku o Zdrowie, ShortHealthAnxiety Inventory, SHAI

Ocena skuteczności wkładek sensomotorycznych dobranych na podstawie kompleksowego dynamicznego badania stóp aparatem MediLogic. Stopa końsko-spastyczna.

Wprowadzenie: Charakterystyczną cechą MPDz jest występowanie różnorodnych zaburzeń ruchowych. W ich leczeniu, najczęściej poza rehabilitacją, stosuje się zaopatrzenie ortopedyczne stabilizujące i korygujące, a w późniejszym okresie ułatwiające lokomocję. Niniejsza praca koncentruje się na zasadności zastosowania indywidualnych wkładek sensomotorycznych w stopie końsko-spastycznej, dobranych za pomocą kompleksowego dynamicznego badania stóp aparatem MediLogic. Aparat ten podczas badania dynamicznego diagnozuje stopę, pozwalając na ocenę: dystrybucji ciężaru ciała na powierzchnię stóp, rozmieszczenia środka ciężkości na każdej ze stóp, chodu oraz budowy anatomicznej stopy, a także ukrytych punktów przeciążeń niewidocznych w metodzie statycznej.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności wkładek sensomotorycznych dobranych z wykorzystaniem aparatu MediLogic w leczeniu stopy końsko-spastycznej.

Materiał i metoda: Praca oparta jest na analizie przypadku. Badania prowadzono w okresie 13 lutego – 6 marca 2014. Pacjentką była czternastolatka z MPDz, która pomiędzy pierwszym, a drugim badaniem nie była rehabilitowana. Ocenie podlegała powierzchnia kontaktu stopy z podłożem, rozkład siły nacisku oraz ciężaru ciała na obie stopy, a także orientacyjne miejsce padania środka ciężkości, mierzone podczas badania dynamicznego przed i po zastosowaniu wkładek sensomotorycznych.

Wyniki: Poprawa zgięcia grzbietowego, zmniejszenie napięcia mięśnia trójgłowego łydki. Poprawa dystrybucji ciężaru ciała na powierzchnię obu stóp. Lepsze rozłożenie środka ciężkości w czasie chodu. Zmniejszenie liczby punktów przeciążeniowych na lewą stopę.

Dyskusja: Duże znaczenie w czasie badania ma dobór odpowiedniego, nieprofilowanego obuwia, tego samego przy każdym kolejnym badaniu.

Wnioski:

1. Przeniesienie punktów obciążenia w miejsca fizjologicznego obciążenia stopy.
2. Zoptymalizowanie powierzchni kontaktu stopy z podłożem.
3. Polepszenie kontroli sterowania środkiem ciężkości.

Słowa kluczowe: stopa końsko-spastyczna, Aparat MediLogic, wkładki sensomotoryczne

Zespół napięcia przedmiesiączkowego – miejsce fizjoterapii w najnowszych zleceniach terapeutycznych.

Wprowadzenie: Ból, zwiększone napięcie mięśni i obrzęki to, obok wahań nastroju, główne dolegliwości zgłaszane przez kobiety cierpiące na zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS). W leczeniu najbardziej uciążliwych przypadków można stosować hormonalną supresję owulacji. W łagodniejszych postaciach PMS zalecane są preparaty stabilizujące poziom glikemii, leki przeciwobrzękowe i przeciwdepresyjne (zwłaszcza z grupy SSRI). Zaleca się ograniczenie spożycia soli, odpowiednią ilość snu oraz zwiększenie aktywności fizycznej.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy kobiet na temat radzenia sobie z symptomami PMS, przede wszystkim w kontekście terapii ruchowej. Autorzy podkreślają rolę fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej w objawowym leczeniu PMS.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na grupie 129 kobiet w wieku od 14 do 52 lat przy pomocy kwestionariusza ankiety. Dokonano ponadto przeglądu publikacji koncentrujących się wokół omawianego tematu.

Wyniki: Średni wiek respondentek wynosił 22,5 lat, mediana to 22 lata. BMI ankietowanych mieściło się w granicach normy. 93% badanych odczuwało symptomy PMS, z czego 16% - bardzo nasilone. Kobiety najczęściej zgłaszały rozdrażnienie, tkliwość piersi, dyskomfort w podbrzuszu i obniżenie nastroju. Aby złagodzić objawy, badane na ogół relaksowały się (25%), stosowały leki rozkurczowe (20%) lub NLPZ (16%). Pomimo dolegliwości, aż 31% kobiet cierpiących na PMS nic nie robiło w celu ich zmniejszenia. 9% ankietowanych stosowało środki antykoncepcyjne i w grupie tej zaobserwowano mniejszą częstość występowania nasilonych objawów PMS. 39% pytanych regularnie uprawiało sport. W porównaniu z grupą kobiet nieaktywnych fizycznie, kobiety aktywne rzadziej określały objawy PMS jako bardzo nasilone. 20% kobiet słyszało o możliwości suplementacji witamin i mikroelementów w celu łagodzenia przykrych symptomów. Jedynie 24% próbowało fizjoterapeutycznych metod radzenia sobie z nimi (najczęściej ciepłolecznictwa).

Wnioski: W licznych badaniach dowiedziono skuteczności metod fizjoterapeutycznych – głównie ciepłolecznictwa i masażu – w łagodzeniu najbardziej uciążliwych objawów PMS. Podkreśla się rolę utrzymywania prawidłowej postawy ciała w łagodzeniu dyskomfortu w podbrzuszu w okresie przedmiesiączkowym. Istotne jest, by pacjentki były świadome istnienia skutecznych metod niwelowania objawów PMS, obejmujących nie tylko leczenie farmakologiczne, ale i fizjoterapię oraz terapię ruchową, prowadzoną zarówno pod okiem instruktora czy rehabilitanta, jak i samodzielnie.

Słowa kluczowe: ból, ciepłolecznictwo, masaż, rehabilitacja ruchowa, zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS)

Marta Bobola

Wydział Medyczny
Instytut Fizjoterapii
Uniwersytet Rzeszowski

Ocena krzywizn kręgosłupa rzeszowskich studentów tańczących tańce ludowe i nietańczących.

Wprowadzenie: Jednym z czynników, który ma wpływ na kształtowanie krzywizn kręgosłupa człowieka jest aktywność fizyczna, jej rodzaj i intensywność. Wielu badaczy potwierdza związek systematycznego ruchu ze stanem funkcjonalnym kręgosłupa. Jedną z form aktywności fizycznej, która niewątpliwie odgrywa pozytywną rolę w kształtowaniu krzywizn kręgosłupa jest taniec.

Cel pracy: Ocena krzywizn kręgosłupa studentów rzeszowskich uczelni uprawiających tańce ludowe i porównanie wyników uzyskanych w grupie studentów nietańczących.

Materiał i metody: Badaniom poddano 100 osób - średnia wieku 23,5 lat. Grupę I stanowiło 50 studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego, Politechniki Rzeszowskiej i Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, tańczących w studenckich Zespołach Pieśni i Tańca „ResoviaSaltans”, „Połoniny” oraz „Karpaty”. Grupa II (kontrolna) to grupa 50 nietańczących studentów Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego. W badaniu posłużono się Inklinometrem typu Zebris, Germany D-88316 Isny oraz kwestionariuszem ankiety.

Wyniki: Średnia arytmetyczna ustawienia kości krzyżowej dla kobiet i mężczyzn z obydwu grup jest w normie przy czym u mężczyzn wartości te są niższe. Średnia wartość kąta lordozy lędźwiowej w obydwu grupach była nieznacznie poniżej normy lub osiągała minimalne wymagane wartości, co świadczy o słabym wykształceniu krzywizny lędźwiowej. Średnia wartość kąta kifozy piersiowej w obydwu grupach kształtuje się na poziomie normy.

Dyskusja: W literaturze znajdujemy doniesienia dotyczące wpływu różnych form i dyscyplin sportowych na postawę ciała. Pelc i Filar badały wysokiej klasy zawodników sportowego tańca towarzyskiego w wieku od 15 do 23 lat. Badaczki stwierdziły, że wśród tancerzy z dłuższym stażem zawodowym utrzymuje się pogłębiona lordozę lędźwiową z tendencją wzrostową.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono brak istotnych różnic między grupą badaną i kontrolną. Długoletnie uprawianie tańca przez rzeszowskich studentów nie wpływa negatywnie na kształtowanie ich krzywizn kręgosłupa.

Słowa kluczowe: krzywizny kręgosłupa, taniec, inklinometr

**Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów u bliźniaczek
– rola czynników genetycznych i środowiskowych w etiopatogenezie i progresji choroby.
Opis przypadku.**

Wprowadzenie: Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) to najczęstsza dziecięca choroba tkanki łącznej. Jej przyczyna pozostaje nieznana, wydaje się jednak, że w etiopatogenezie i progresji najistotniejsze są czynniki genetyczne i środowiskowe. W leczeniu stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), glukokortykosteroidy (GKS), leki modyfikujące przebieg choroby – syntetyczne (metotreksat, cyklosporynę, sulfasalazynę, chlorochinę) i biologiczne (przeciwno TNF- α , IL-1 i IL-6). Niezbędna jest też fizjoterapia, zwłaszcza rehabilitacja ruchowa.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie podobieństw i różnic w rozwoju, progresji i odpowiedzi na leczenie u monozygotycznych bliźniaczych sióstr z MIZS.

Materiał i metoda: Praca jest opisem przypadku monozygotycznych bliźniaczych sióstr, cierpiących od 16. i 17. m.ż. na MIZS. Przeanalizowano historię choroby oraz wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, ze szczególnym uwzględnieniem analiz genetycznych. Dokonano przeglądu najnowszych publikacji dotyczących MIZS.

Wyniki: Postęp choroby u sióstr był bardzo podobny. Dziewczynki leczone były Methotrexatem, GKS (systemowo i dostawowo) i NLPZ, zastosowano fizjoterapię i rehabilitację. Przy próbach odstawienia Encortonu dochodziło do zaostrzeń. Po 4 latach nieskutecznego leczenia rozpoczęto terapię etanerceptem, którą po 18 miesiącach remisji zakończono (wymóg programu NFZ). Niedługo potem u jednej z sióstr doszło do nawrotu choroby. Analiza wykazała, iż zarówno zaostrzenia jak i remisje występowały u sióstr w podobnym czasie, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych również różniły się nieznacznie, reakcja na leczenie była analogiczna. Badania genetyczne wykazały obecność antygenów HLA DRB1*11, DRB1*15, DQB1*03 i DQB1*05.

Wnioski: Aktualny stan wiedzy na temat genetyki MIZS wskazuje na bezpośredni udział genów HLA w patogenezie choroby. W wielu badaniach wykazano związek aktywności choroby z czynnikami genetycznymi związanymi z HLA-DRB1 i HLA-DQB1. Badacze sugerują, że na podstawie określonych cząsteczek HLA można prognozować przebieg MIZS. Typowanie HLA jest przydatne nie tyle w diagnostyce, ale dostarcza ważnych informacji co do manifestacji klinicznej MIZS oraz odległej prognozy. To tłumaczyłoby identyczny przebieg kliniczny choroby u monozygotycznych bliźniaczych sióstr. Powyższy przypadek kliniczny, a także przegląd literatury z zakresu reumatologii dziecięcej, wskazują na ogromną rolę czynników genetycznych i środowiskowych w etiopatogenezie i progresji MIZS.

Słowa kluczowe: bliźnięta monozygotyczne, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, rehabilitacja ruchowa

Rola fizjoterapii w usprawnianiu pacjentów po zabiegach resekcyjno-rekonstrukcyjnych nowotworu jamy ustnej.

Wprowadzenie: Odsetek zachorowań na raka jamy ustnej w Polsce szacuje się na 2,5 - 4,0% ogółu nowotworów złośliwych. Pomimo postępów w metodach diagnostycznych, technikach chirurgicznych oraz leczeniu uzupełniającym odsetek zgonów nie zmienił się na przestrzeni dekad. Pięcioletnie przeżycie chorych z nowotworem okolicy jamy ustnej wynosi poniżej 50%. Może się wydawać, że leczenie chirurgiczne skojarzone z chemioterapią oraz radioterapią nie jest skuteczne. Niepowodzenia te wynikają z braku wyraźnego przełomu w terapii nowotworów jamy ustnej oraz z problemu wdrażania programów profilaktycznych. Zasadniczym elementem leczenia nowotworów złośliwych jamy ustnej jest zabieg chirurgiczny, który polega na usunięciu patologicznie zmienionej tkanki oraz zaopatrzeniu powstałych ubytków. Dysfunkcje kompleksu ustno-twarzowo-gardłowego, polegające na zaburzeniach w połykaniu, żuciu oraz artykulacji to konsekwencje zabiegów resekcyjno-rekonstrukcyjnych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie roli fizjoterapii w usprawnianiu pacjentów po zabiegach resekcyjno-rekonstrukcyjnych narządów jamy ustnej oraz jej wpływu na poprawę funkcji połykania, żucia i artykulacji u tych osób.

Materiał i metody: Badaniami objęto pacjentów leczonych w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej SPSK4 w Lublinie, u których wykonano resekcje nowotworu złośliwego jamy ustnej, a ubytki zaopatrzone przeszczepami autogennymi z wykorzystaniem płatów skórno-mięśniowych. Metody fizjoterapeutyczne stosowane u badanych pacjentów obejmują terapię tkanek miękkich okolicy jamy ustnej. Do oceny zdolności połykowych, żucia oraz artykulacji wykorzystano kwestionariusz ankiety dotyczący aktu połykania i żucia, oraz wybrane próby z kwestionariusza badania sprawności motorycznych narządów jamy ustnej.

Wyniki: Efektem zabiegów fizjoterapeutycznych jest poprawa w zakresie połykania, żucia oraz artykulacji, co zostało wykazane przy pomocy kwestionariusza ankiety oraz badania sprawności motorycznych narządów jamy ustnej.

Wnioski: Usprawnianie pacjentów po zabiegu chirurgicznym okolicy jamy ustnej jest skomplikowane i uzależnione od wielu czynników. Rolą fizjoterapii jest poprawa funkcji żucia oraz połykania; wypracowanie podłoża mięśniowego dla późniejszej rehabilitacji protetycznej oraz terapii logopedycznej. Zastosowanie wybranych technik fizjoterapeutycznych poprawiło równowagę mięśniową okolicy jamy ustnej, co jest istotnym elementem do poprawy funkcji połykowej, żucia oraz artykulacji. Prawidłowo prowadzone postępowanie fizjoterapeutyczne pacjentów z nowotworami jamy ustnej pozytywnie wpływa na jakość życia.

Słowa kluczowe: nowotwory jamy ustnej, onkologia, rekonstrukcja, fizjoterapia onkologiczna

Ocena stabilności posturalnej u dzieci w zależności od wskaźnika masy ciała.

Wprowadzenie: Otyłość stanowi globalny problem zdrowotny wśród dzieci i młodzieży. Jak każda choroba zaburza prawidłowy rozwój somatyczny, upośledza sprawność motoryczną oraz stabilność posturalną.

Cel pracy: Celem badania była ocena stabilności posturalnej u dzieci w odniesieniu do wskaźnika masy ciała.

Materiał i metody: Zbadano 195 dzieci, pacjentów IP-CZD w Warszawie. Podzielono dzieci ze względu na BMI w odniesieniu do siatek centylowych [Kułaga 2011] na 3 grupy: 74 osoby w normie wagowej, 28 z nadwagą i 93 z otyłością. Do oceny równowagi wykorzystano system BIODEX. Oceniono ogólne wskaźniki stabilności. Wykonano testy stabilności posturalnej przy oczach otwartych: 1.StO: platforma sztywna, 2.St4: - platforma (poziom 4), 3.StEKR: platforma (poziom 4) zasłonięty ekran oraz 4.StOczZa platforma (poziom 4) przy oczach zamkniętych. Do analizy statystycznej wykorzystano test ANOVA Kruskala-Wallisa oraz test U Manna-Whitneya.

Wyniki: Stwierdzono różnice istotne statystycznie między grupami w testach na platformie ruchomej St4 ($p < 0,001$), StEKR ($p < 0,001$), StOczZa ($p < 0,001$). Zauważono zarówno większą niestabilność u dzieci z otyłością ($p < 0,001$) i nadwagą ($p < 0,001$) w stosunku do normy, jak i większą niestabilność u dzieci z otyłością w porównaniu do dzieci z nadwagą ($p < 0,001$ w testach St4 i StEKR, oraz $p < 0,01$ w teście StOczZamk). Nie stwierdzono zaś istotnych różnic między grupami w testach na platformie sztywnej ($p = 0,894$).

Dyskusja: W piśmiennictwie istnieją doniesienia o tym, że otyli dorośli charakteryzują się gorszą stabilnością posturalną niż osoby w normie wagowej [Ku i in., 2012; Hue i in., 2007]. Niewiele jest jednak badań poruszających powyższy problem u dzieci. Dzieci z nadwagą osiągają lepsze wyniki w testach na stabilnym podłożu [Niederer i in., 2012], czego nie potwierdzono w tych badaniach. Gorsze wyniki osiągają zaś w testach dynamicznych, co może być spowodowane gorszym rozwojem układu mięśniowo-szkieletowego lub różnicami w strategiach odzyskiwania stanu równowagi [Wearing i in., 2006].

Wnioski: Dzieci z nadwagą i otyłością charakteryzują się większą niestabilnością na ruchomym podłożu w stosunku do dzieci w normie wagowej.

Słowa kluczowe: stabilność posturalna, otyłość, nadwaga, dzieci

Wykorzystanie systemu Zebris do oceny posturalnej sylwetki ciała u osób przed i po zabiegu operacyjnym na skoliozę idiopatyczną.

Wprowadzenie: Leczenie operacyjne skolioz idiopatycznych ma na celu korekcję skrzywienia, jego stabilizację oraz przywrócenie prawidłowych krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej i czołowej. Istotna jest ocena posturalna sylwetki ciała u pacjentów ze skoliozą poprzez nowoczesne, nieinwazyjne i powtarzalne metody diagnostyczne, do których zalicza się system Zebris.

Cel pracy: Celem pracy jest trójwymiarowa ocena postawy ciała pacjentów przed i po zabiegu operacyjnym na skoliozę z wykorzystaniem nieinwazyjnego systemu Zebris.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 20 pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego metodą Cotrel-Dubousset, w tym 19 kobiet i 1 mężczyzna, w wieku od 16 do 31 lat. Badanie wykonano w pozycji stojącej przy pomocy urządzenia Win Spine Pointer systemu Zebris przed operacją i po 6 miesiącach od zabiegu. Oceniano takie parametry jak: długość całkowitą kręgosłupa, wielkość kifozy piersiowej oraz lordozy lędźwiowej, wartość współczynnika całkowitego i boczno-pochylenia ciała, oraz długość kończyn dolnych.

Wyniki: U 60% pacjentów w badaniu po zabiegu operacyjnym na skoliozę zaobserwowano zwiększenie długości całkowitej kręgosłupa, a u 40% zmniejszenie. Kifoza piersiowa uległa pogłębieniu u 35% badanej grupy natomiast u 65% spłyceciu. Po zabiegu operacyjnym lordoza lędźwiowa zwiększyła się u 40% badanych, a u ponad połowy zaobserwowano jej zmniejszenie. Wartość współczynnika całkowitego pochylenia ciała u 75% badanych zmalała. Wśród 70% badanych nastąpiło zwiększenie pochylenia boczno-pochylenia ciała. Lewa kończyna dolna uległa skróceniu u 55% badanych i wydłużeniu u 45% respondentów. U 65% osób zaobserwowano wydłużenie prawej kończyny dolnej, natomiast u 35% jej skrócenie.

Wnioski: Nieinwazyjne urządzenie systemu Zebris jest alternatywą dla tradycyjnych metod oceny sylwetki ciała u pacjentów ze skoliozą. Urządzenie to pozwala nam na uzyskanie wiadomości o wielkości korekcji, a także kompensacji w płaszczyźnie czołowej oraz strzałkowej.

Słowa kluczowe: skolioza, leczenie operacyjne, system Zebris, ocena posturalna sylwetki ciała

Wpływ mobilizacji odcinka lędźwiowego na zachowanie się krzywizn kręgosłupa.

Wprowadzenie:Zaburzenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa, związane z nieprawidłową ruchomością w stawach międzykręgowych lub nieprawidłowym napięciem tkanek miękkich działających na kręgosłup, mogą być przyczyną hiperlordozy bądź dyslordozy, jednocześnie wpływając niekorzystnie na pozostałe krzywizny i zaburzając właściwości biomechaniczne kręgosłupa. Jedną z metod leczenia zaburzeń odcinka lędźwiowego kręgosłupa są mobilizacje obejmujące terapię tkanek miękkich oraz stawów.

Cel pracy:Celem pracy była ocena wpływu mobilizacji odcinka lędźwiowego na zachowanie się krzywizn kręgosłupa.

Materiał i metody:Badaniami objęto 30 osób(22 mężczyzn i 8 kobiet) - studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Przy użyciu Aparatury do Komputerowej Diagnostyki Postawy Ciała systemu MORA 4Generacji oceniono wartość kątową lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej przed i po przeprowadzeniu mobilizacji kręgosłupa lędźwiowego.W oparciu o analizę wielkości kątów lordozy lędźwiowejbadani zostali podzieleni na trzy grupy –pacjenci z hiperlordozą (mobilizacja zgięciowa [MZ]), dyslordozą (mobilizacja wyprostna [MW]) i prawidłowym wygięciem odcinka lędźwiowego (wyłączeni z badań).

Wyniki:MZ poddano 11 osób (4 mężczyzn i 7 kobiet). U 10 osób (91%) stwierdzono zwiększenie kąta lordozy lędźwiowej. U 1 (9%) osoby stwierdzono zmniejszenie kąta lordozy lędźwiowej. U 9 osób (82%) stwierdzono zwiększenie kąta kifozy piersiowej. U 2 (18%) osób stwierdzono zmniejszenie kąta kifozy piersiowej.

MW poddano 11 osób (10 mężczyzn i 1 kobieta). U 9 osób (82%) stwierdzono zmniejszenie kąta lordozy lędźwiowej. U 2 (18%) osób stwierdzono powiększenie kąta lordozy lędźwiowej. U 8 osób (73%) stwierdzono zmniejszenie kąta kifozy piersiowej. U 3 (27%) osób stwierdzono powiększenie kąta kifozy piersiowej.

Z badań wyłączono 8 osób które nie zostały poddane zabiegowi mobilizacji - były to osoby, u których stwierdzono prawidłowe wygięcie lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

Wnioski:

1. Mobilizacja dolnego odcinka kręgosłupa wpływa na zmianę wielkości kątów krzywizny lędźwiowej i piersiowej w zależności od zastosowanej mobilizacji.
2. MZ dolnego odcinka kręgosłupa wpływają na zmniejszenie hiperlordozy lędźwiowej.
3. MW dolnego odcinka kręgosłupa wpływają na zwiększenie lordozy lędźwiowej.
4. U kobiet częściej niż u mężczyzn występuje pogłębiona lordoza lędźwiowa.

¹Zakład Balneoterapii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Tomografia komputerowa a termografia w ocenie stanu zapalnego zatok obocznych nosa.

Wprowadzenie: Klasyczne zdjęcie RTG jest badaniem obrazowym tanim i popularnym, do którego pacjenci mają łatwy dostęp, lecz jego użyteczność ma spore ograniczenia. Złotym standardem w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym pozostaje tomografia komputerowa (TK). Leczenie zapalenia zatok podejmuje się wtedy, gdy oprócz objawów radiologicznych współwystępują objawy kliniczne, do których można zaliczyć zmiany w uciepleniu badanych tkanek.

Cel pracy: Określenie czy dzięki użyciu kamery termowizyjnej jest możliwe różnicowanie zapalenia zatok obocznych nosa.

Materiał i metoda: Z użyciem TK i kamery termowizyjnej przebadano 111 pacjentów z podejrzeniem zapalenia zatok. U 28 z nich nie stwierdzono zmian zapalnych zatok obocznych nosa, dlatego zakwalifikowano ich do grupy kontrolnej (K). Pozostałe grupy: A-zmiany zapalne dotyczące wyłącznie śluzówki zatok szczękowych (29); B-zapalenie śluzówki zatok wraz z zajęciami kompleksami ujściowo przewodowymi (KUP)(30) oraz grupa C-z polipami (24). Pacjentów badano przy użyciu tomografu komputerowego ToshibaAquilion 16 oraz kamery termowizyjnej FLIR E 30. W badaniach TK oceniano zmiany zapalne w obrębie zatok. Za pomocą kamery termowizyjnej uzyskiwano obrazy rozkładu temperatur w obrębie zatok. Pomiarów dokonywano oddzielnie dla każdej zatoki szczękowej, a także obu na raz uzyskując średni rozkład temperatur okolicy twarzowej czaszki.

Wyniki: W grupie K średnie wartości ciepłoty w obrębie zatok szczękowych przedstawiały się na poziomie 33,8⁰C. Średnie pomiary temperatury rosły do 34,7⁰C w przypadku grupy B, natomiast w przypadku grupy C temperatura obniżała się do 32,7⁰C.

Dyskusja: Kamera termowizyjna jest czułym urządzeniem służącym do oceny zmian ucieplenia ciała jednak nie umożliwia ona oceny rozległości zmian zapalnych w przypadku zatok szczękowych.

Wnioski: Kamera termowizyjna umożliwia wstępną diagnostykę rozległych zmian zapalnych zatok. Niewielkie zmiany zapalne związane z nieznacznym pogrubieniem śluzówki bądź procesem zapalnym toczącym się w obrębie zachyłków zębodołowych są trudne do uchwycenia.

Słowa kluczowe: tomografia komputerowa, termografia, zatoki oboczne nosa

Wpływ ćwiczeń izometrycznych mięśni tułowia na równowagę u pacjentów z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Badania wstępne.

Wprowadzenie: Duża liczba osób w naszym społeczeństwie skarży się na dolegliwości bólowe kręgosłupa w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Przyczyną takich objawów są przeważnie urazy i przeciążenia na podłożu strukturalnym, neurologicznym bądź mięśniowym. Z biegiem lat następuje osłabienie siły gorsetu mięśniowego odcinka lędźwiowego kręgosłupa co u tych osób wpływa negatywnie na utrzymanie równowagi i pogorszenie stabilizacji tułowia.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie wpływu ćwiczeń izometrycznych mięśni tułowia na występowanie dolegliwości bólowych odcinka krzyżowo-lędźwiowego oraz zachowanie równowagi.

Metoda i materiał: Podstawą doboru grupy badawczej było występowanie dolegliwości bólowych danej części kręgosłupa. Badaniem objęto grono 25 osób w przedziale wiekowym od 18 do 69 lat gdzie średnia wieku wynosi 49 lat. Badanie równowagi zostało przeprowadzone na platformie sensometrycznej TecnoBody przed i po ćwiczeniach pierwszego jak i ostatniego dnia rehabilitacji która trwała dwa tygodnie. Pacjenci przez ten okres wykonywali zestaw dobranych przez nas ćwiczeń izometrycznych z naciskiem na mięsień prosty brzucha i poprzeczny brzucha.

Wyniki: Po przeprowadzeniu badań na platformie sensometrycznej stwierdzono wyraźną poprawę parametrów wychylenia przednio-tylnego u ponad 50% pacjentów. Wychylenia boczne bez wyraźnej poprawy. Ponad połowa badanych zgłosiła zmniejszenie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego.

Podsumowanie: Badania dowodzą, iż ćwiczenia izometryczne tułowia mają wpływ na poprawę utrzymania równowagi pacjentów i zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Słowa kluczowe: ćwiczenia izometryczne, ból, odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa

Arkadiusz Salbut¹, Marcin Gniewek^{1,2}, Krzysztof Pytka^{1,2}, Dorota Hałasa – Majchrzak^{1,2}, Piotr Majcher^{1,2}, Emilia Karczewska³

¹ Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

² Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

Ocena skuteczności zabiegu kompresjoterapii u pacjentek po chirurgicznym leczeniu raka piersi z wykorzystaniem różnych materiałów kompresyjnych.

Wprowadzenie: W pracy zostały podjęte starania, aby przybliżyć pojęcia związane z nowotworem piersi, obrzękiem limfatycznym oraz skutecznością bandażowania metodą niemiecką i francuską w kompleksowej terapii przeciwobrzękowej. Wiodącym celem kompleksowej fizjoterapii obrzęku limfatycznego jest doprowadzenie do zmniejszenia lub ustąpienia wywołanych obrzękiem dolegliwości drętwienia i ograniczenia zakresów ruchów oraz utrzymanie lub przywrócenie zdolności do pełnienia szeroko pojmowanej funkcji społecznej.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena obiektywnej i subiektywnej skuteczności bandażowania (metodą francuską i niemiecką) w kompleksowej terapii przeciwobrzękowej u kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Materiał i metoda: Badaniami zostały objęte dwie grupy kobiet z wtórnym obrzękiem limfatycznym kończyn górnych, leczonych w Ośrodku Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. W badaniu wzięło udział 30 kobiet podzielonych na dwie równe grupy. W pierwszej grupie wykonywano bandażowanie metodą niemiecką, w drugiej bandażowanie metodą francuską. W celu oceny skuteczności i monitorowania prowadzonej terapii, zastosowano pomiar obwodów kończyn zajętych obrzękiem oraz arkusz ankiety dotyczący subiektywnych odczuć pacjentów.

Wyniki: Badania wykazały, że w obydwu grupach badanych nastąpiło zmniejszenie obrzęku limfatycznego. Średnia redukcja obrzęku, dla grupy bandażowanej metodą niemiecką, różni się istotnie od redukcji obrzęku w grupie bandażowanej metodą francuską.

Słowa kluczowe: obrzęk limfatyczny, rak piersi, fizjoterapia, rehabilitacja

Porównanie parametrów ustawienia kręgosłupa i tułowia u kobiet przed i w 3 dobie po porodzie metodą cięcia cesarskiego.

Wprowadzenie: Ciąża to okres fizjologiczny, jednak stan odmienny dla kręgosłupa, czyli osiowego narządu ciała. W trakcie całej ciąży w ciele kobiety zachodzi wiele zmian fizjologicznych, anatomicznych i hormonalnych, prowadzących do rozwoju płodu. Kręgosłup kobiety podczas ciąży stanowi poważny problem dla badających. Trudności wiążą się z dostępem do grupy badanej, jak również z doбором metod badawczych. W konsekwencji nie ma dużej ilości publikacji na temat zmian funkcjonalnych zachodzących podczas, jak i po rozwiązaniu ciąży. Te aspekty stanowiły pewne wyzwanie oraz ciekawość do stworzenia niniejszych badań.

Cel pracy: Celem pracy jest próba porównania parametrów ustawienia kręgosłupa i tułowia u kobiet przed i w 3 dobie po porodzie metodą cięcia cesarskiego.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 20 kobiet w wieku 23-40 lat, które urodziły metodą cięcia cesarskiego. Przeprowadzone zabiegi były planowe, co umożliwiło ujednoczenie metodyki badań. Badania zostały przeprowadzone przed cięciem cesarskim i powtórnie w 3 dobie po porodzie. Kobiety podzielone zostały ze względu na wiek, liczbę przebytych porodów oraz masę urodzeniową noworodka. Badania zostały przeprowadzone korzystając z urządzenia do komputerowego badania postawy ciała – MORA 4 generacji w oparciu o metodę fotogrametrii, która polega na wykonaniu pomiarów antropometrycznych na podstawie zdjęcia powierzchni badanej.

Wyniki: Z przeprowadzonych badań wynika, że u kobiet po cięciu cesarskim następuje zmiana ustawienia krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej w postaci: zwiększenia nachylenia odcinka lędźwiowo-krzyżowego, zmniejszenia nachylenia odcinka piersiowo-lędźwiowego, zwiększenia nachylenia odcinka piersiowego górnego. W postawie kobiet po cięciu cesarskim zaobserwowano zwiększenie pochylenia całego ciała do przodu względem ustawienia sprzed porodu. Nie zaobserwowano zależności pomiędzy wiekiem kobiet, liczbą przebytych porodów oraz masą urodzeniową dziecka, a parametrami ustawienia kręgosłupa i tułowia.

Wnioski: Okres 3 dni po porodzie metodą cięcia cesarskiego jest wystarczający do zaobserwowania różnicy w parametrach ustawienia kręgosłupa i tułowia w porównaniu z okresem przedporodowym.

Słowa kluczowe: postawa ciała, ciąża, kręgosłup

Skuteczność terapii wg Briana Mulligana u pacjentów z objawami łokcia tenisisty.

Wprowadzenie: „Łokiec tenisisty” objawia się poprzez ból w okolicy nadkłykcia bocznego kości ramiennej, osłabienie siły mięśniowej mięśni okolicy przedramienia, zwłaszcza podczas ruchów wykonywanych z grzbietowo zgiętym nadgarstkiem i zaciśniętą w pięść ręką. Standardowe postępowanie lecznicze oparte jest na leczeniu farmakologicznym i fizykoterapeutycznym, stosowanie unieruchomienia oraz leczeniu operacyjnym. Nowymi technikami, które są wprowadzane w terapii tego schorzenia są m.in. terapia manualna wg koncepcji Briana Mulligana wykorzystująca techniki mobilizacji z ruchem.

Cel pracy: Celem pracy jest porównanie skuteczności terapii manualnej opartej o techniki mobilizacji z ruchem wg koncepcji Briana Mulligana.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 15 osób z rozpoznaniem „łokcia tenisisty” leczonych za pomocą serii zabiegów mobilizacji z ruchem przeprowadzanych zgodnie z koncepcją Briana Mulligana przez certyfikowanego terapeutę. Grupę kontrolną stanowiło 17 pacjentów leczonych za pomocą zabiegów fizykalnych. Ocena stanu pacjenta przeprowadzana była po każdej serii zabiegów za pomocą kwestionariuszy PRTEE, Quick DASH, oceny dolegliwości bólowych w skali VAS oraz oceny stanu funkcjonalnego. Zebrane dane zostały poddane analizie z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statistica 10.0.

Wyniki: U pacjentów leczonych z wykorzystaniem technik terapii manualnej wg koncepcji Briana Mulligana zaobserwowano istotne statystycznie zmniejszenie dolegliwości bólowych w okolicy nadkłykcia bocznego kości ramiennej oceniane za pomocą skali VAS, zmianę wartości kwestionariuszy PRTEE I Quick DASH oraz zwiększenie bezbolesnego zakresu ruchu podczas czynności wykonywanych z ręką zaciśniętą w pięść ($p < 0.05$)

Wniosek: Terapia manualna wg koncepcji Briana Mulligana wykorzystująca techniki mobilizacji z ruchem może być skutecznym elementem terapii u osób z objawami „łokcia tenisisty”.

Słowa kluczowe: terapia wg Briana Mulligana, łokiec tenisisty, fizjoterapia

Koncepcja Halliwick jako forma rehabilitacji w środowisku wodnym.

Wprowadzenie: Koncepcja Halliwick wzięła swój początek w Anglii w 1949 roku, a jej twórcą jest trener pływacki z wykształcenia hydroinżynier James McMillan. Celem metody jest nauka pływania oraz uzyskanie niezależności w środowisku wodnym przez osoby niepełnosprawne oraz osoby z problemami psychoruchowymi.

Cel pracy: Przedstawienie koncepcji Halliwick jako formy rehabilitacji w środowisku wodnym.

Materiał i metoda: Badaniem objęto grupę osób w przedziale wiekowym od 7 do 20 roku życia aktywnie uczestniczących w zajęciach wg koncepcji Halliwick. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w której technikę badawczą stanowiła ankieta wypełniana przez rodziców, bądź opiekunów. Posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, jako narzędziem badawczym. Badania przeprowadzono w kwietniu wśród pacjentów indywidualnych uczęszczających do Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego nr 2 w Lublinie.

Wyniki badań: Badania dowiodły słuszności głównych założeń koncepcji Halliwick o uzyskaniu przez pływaka dobrego samopoczucia w wodzie (tzw. waterhappiness). Pływak w wodzie czuje się niezależny, integracja grupowa sprzyja rehabilitacji społecznej, co pomaga w eliminowaniu barier psychologicznych. Ponadto po zajęciach zaobserwowano zmniejszenie napięcia mięśniowego, zwiększenie zakresu ruchomości stawowej oraz siły mięśniowej, poprawę koordynacji i wydolności organizmu.

Wnioski:

1. Środowisko wodne oraz umiejętności wypracowane koncepcją Halliwick sprawiają, że osoba niepełnosprawna ma poczucie niezależności i kontroli nad własnym ciałem.
2. Koncepcja Halliwick jest formą rehabilitacji w środowisku wodnym i obejmuje zarówno rehabilitację medyczną, jak i społeczną.

Słowa kluczowe: koncepcja Halliwick, rehabilitacja, woda

SESJA II
MODERATORZY

Dr n. kult. fiz. Adam Fijewski

Przewodniczący Sesji

Dr hab. n. med. Piotr Majcher

Dr n. kult. fiz. Józef Krzak

Dr n. med. Piotr Gawda

Ocena wychwiał dynamicznych u dzieci zdrowych i z patologią masy ciała.

Wprowadzenie: Test wychyleń dynamicznych podczas stania jest dobrym wskaźnikiem oceniającym jakość kontroli posturalnej, która jest zaburzona u dzieci z patologią masy ciała. Wpływać to może na większe ryzyko upadków i częstsze występowanie urazów w tej grupie pacjentów.

Cel pracy: Celem badania była ocena maksymalnych wychyleń dynamicznych u dzieci w odniesieniu do wskaźnika BMI oraz siatek centylowych.

Materiał i metody: Zbadano 263 dzieci, pacjentów IP-CZD w Warszawie, które podzielono ze względu na BMI w odniesieniu do siatek centylowych [Kułaga 2011] na 3 grupy: 99 osoby w normie wagowej, 38 z nadwagą i 117 z otyłością.

Wyniki: Stwierdzono różnice istotne statystycznie między dziećmi otyłymi, a dziećmi o prawidłowej masie ciała w teście maksymalnych wychyleń dynamicznych w płaszczyźnie czołowej (większe wychylenia u otyłych w prawo $p=0,034$ i w lewo $p<0001$). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w teście dynamicznych wychyleń w płaszczyźnie strzałkowej ($p=0,4$ oraz $p=0,117$). Zauważono jednak tendencję do mniejszych zakresów wychyleń w osi Y u dzieci otyłych w porównaniu z dziećmi o prawidłowej masie ciała. Między dziećmi w normie wagowej a dziećmi z nadwagą zauważono istotne różnice jedynie w wychyleniu w lewo w płaszczyźnie ML ($p=0,015$). W płaszczyźnie AP nie odnotowano różnic istotnych statycznie między dziećmi o prawidłowej masie ciała a dziećmi z nadwagą.

Dyskusja: Mniejsza sprawność fizyczna oraz siła dynamiczna u dzieci otyłych wpływać może na zaburzenia równowagi [Barańska 2009]. Zaskakujący jest wynik naszych badań świadczący o lepszej stabilności dzieci otyłych przy wychyleniach bocznych. Może być to spowodowane typowymi zmianami w narządzie ruchu tych pacjentów (kolana koślawe, stopy płaskie). Niektórzy autorzy wskazują na występowanie mniejszych wychyleń w płaszczyźnie strzałkowej wraz ze wzrostem masy ciała [Błaszczyk, 2009]. W naszych badaniach także zauważono taką tendencję, jednak nie była ona istotna statystycznie.

Wnioski: Dzieci z otyłością osiągnęły większe maksymalne wychylenia w płaszczyźnie czołowej.

Słowa kluczowe: równowaga, dzieci, otyłość

**Sprawność motoryczna dzieci w wieku przedszkolnym
a organizacja czasu wolnego w rodzinie.**

Wprowadzenie: Sprawność motoryczna to zewnętrzny przejaw stopnia zdolności i umiejętności ruchowych człowieka oraz powiązań występujących między nimi. Jej poziom zależy w różnym stopniu od predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych.

Cel pracy: Celem badań było określenie poziomu sprawności motorycznej dzieci w wieku 5 - 7 lat oraz zweryfikowanie zależności pomiędzy poziomem sprawności motorycznej dzieci a organizacją czasu wolnego w rodzinie.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w 2011 roku na terenie trzech placówek przedszkolnych. Grupę badaną stanowiło 54 dzieci. W badaniach posłużono się Zmodyfikowanym Wrocławskim Testem Sprawności Motorycznej B. Sekity oraz kwestionariuszem ankietowym.

Wyniki: Ogólny poziom sprawności motorycznej dzieci z badanej grupy: 4% wysoki poziom, 17% dobry, 30% dostateczny, 50% niedostateczny. Najwyższa średnia punktów za test sprawności motorycznej współwystępuje ze spędzaniem czasu wolnego na zabawie dziecka na placu zabaw (175,1). Kolejno: z czytaniem książek (169,0), rysowaniem (168,5), zabawą zabawkami (168,0), oglądaniem telewizji (160,6) oraz grą na komputerze (134,1). Dzieci rodziców, którzy deklarowali wspólne wyjazdy na wycieczki uzyskały średnio największą ilość punktów z testu sprawności motorycznej (197,5). Kolejno plasowały się: uprawianie aktywności sportowo – rekreacyjnej (178,8), wspólna zabawa zabawkami (177,0), chodzenie na spacerach (162,6), wykonywanie obowiązków domowych (159,6), czytanie książek (154,6) wykonywanie prac manualnych (152,3), oglądanie telewizji (145,5).

Wnioski: Ogólny poziom sprawności motorycznej dzieci z badanej grupy wykazuje tendencję spadkową. W badaniach wykazano korelację pomiędzy preferowanym sposobem spędzania czasu wolnego przez dzieci oraz rodzinnego spędzania czasu wolnego, a poziomem sprawności motorycznej. Niski poziom sprawności korelował dodatnio z oglądaniem telewizji, ujemnie z zabawą na placu zabaw, zabawą zabawkami oraz wspólnymi wyjazdami i uprawianiem aktywności sportowej. Badania należy powtórzyć na większej populacji, aby wnioskować o ogólnym obniżaniu się poziomu sprawności motorycznej dzieci w wieku przedszkolnym oraz o zależności pomiędzy sprawnością dzieci, a organizacją czasu wolnego w rodzinie.

Słowa kluczowe: sprawność motoryczna, dzieci, przedszkole, czas wolny

Wpływ zwiększonej aktywności ruchowej młodzieży w wieku gimnazjalnym na poziom sprawności motorycznej badanej Międzynarodowym Testem Sprawności Fizycznej.

Wprowadzenie i cel pracy: Aktywność ruchowa jest bardzo istotna w szczególności dla młodego organizmu. **Aktywność fizyczna pobudza dojrzewanie ośrodków ruchowych w mózgu, co wpływa na poprawę rozwoju sprawności motorycznej.** Ze względu na procesy wzrostu i dojrzewania, aktywność fizyczna pełni istotną rolę w procesie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Wpływ ten, uwiadamia się w całości kształcie procesu rozwojowego, zarówno w sferze fizycznej, psychicznej jak i społecznej. Dzięki aktywności fizycznej **dzieci odkrywają swoje talenty** i uzdolnienia, a co za tym idzie: poprawa nastroju, poczucie spełnienia, zadowolenia, pozwala to lepiej poznać siebie, innych jak i otaczające środowisko. Tak ogromny wpływ aktywności fizycznej na organizm człowieka skłonił mnie do własnej analizy wpływu zwiększonej aktywności ruchowej młodzieży w wieku gimnazjalnym na poziom sprawności motorycznej badanej Międzynarodowym Testem Sprawności Fizycznej.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród młodzieży w wieku gimnazjalnym. Grupa liczyła 50 osób. Do oceny efektów posłużono się kwestionariuszem ankiety oraz Międzynarodowym Testem Sprawności Fizycznej.

Wyniki: Poziom wyników poszczególnych prób sprawności motorycznej w grupie młodzieży która ma zwiększoną aktywność ruchową zdecydowanie przewyższa grupę młodzieży która nie wykazuje zwiększonej aktywności fizycznej w życiu codziennym.

Wnioski: Zwiększona aktywność ruchowa wywiera wpływ na poziom sprawności motorycznej. Młodzież przy zwiększonej aktywności ruchowej wykazuje zwiększoną sprawność motoryczną. Młodzież ograniczona do aktywności fizycznej na zajęciach wychowania fizycznego wykazuje zmniejszoną sprawność motoryczną.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, sprawność motoryczna, młodzież

Magdalena Zawadka, Joanna Kloc

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii działające przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher

Opiekun naukowy pracy: dr n. kult. fiz. Adam Fijewski

Analiza porównawcza wybranych parametrów stawu ramiennego, łopatki i odcinka szyjnego u osób trenujących piłkę siatkową i nietrenujących.

Wprowadzenie: Aktywność fizyczna o charakterze sportowym wpływa na funkcję oraz strukturę układu ruchu.

Cel pracy: Celem pracy jest porównanie wybranych parametrów stawu ramiennego, odcinka szyjnego kręgosłupa i ustawienia łopatek oraz określenie symetryczności między prawą a lewą stroną u osób trenujących siatkówkę i nietrenujących.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono na dwóch grupach: osób trenujących piłkę siatkową (44 osoby) i nietrenujących (25 osób). Grupę sportowców stanowili zawodnicy sekcji piłki siatkowej Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Przyrodniczego i Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Grupę porównawczą stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Badania dotyczyły pomiarów: zakresu zgięcia, odwiedzenia stawu ramiennego, rotacji łopatki, zgięcia, wyprostu, zgięcia bocznego i rotacji odcinka szyjnego kręgosłupa. Oceniano ustawienie łopatek względem kręgosłupa.

Wyniki: Kobiety nietrenujące piłki siatkowej mają średnio większe zakresy zgięcia i odwiedzenia niż trenujące. W grupie mężczyzn sytuacja jest odwrotna. Osoby trenujące mają mniej oddalone łopatki od kręgosłupa niż nietrenujące. Osoby trenujące piłkę siatkową mają większy zakres ruchu zgięcia i wyprostu odcinka szyjnego kręgosłupa oraz zgięcia bocznego. Zarówno osoby trenujące jak i nietrenujące mają większy zakres rotacji odcinka szyjnego w lewo. Mężczyźni i kobiety trenujący oraz mężczyźni nietrenujący w większości uzyskują lepszy zakres zgięcia bocznego w prawo. Wśród osób nietrenujących oddalenie prawej łopatki od kręgosłupa ma miejsce częściej niż lewej.

Wnioski: Stwierdzono różnice w zakresie ruchomości stawu ramiennego i odcinka szyjnego kręgosłupa u osób trenujących piłkę siatkową na tle nietrenujących. Zauważono asymetrię pomiędzy prawą a lewą stroną w obu grupach.

Słowa kluczowe: piłka siatkowa, staw ramienny, odcinek szyjny kręgosłupa, łopatka

Wielkość i siła mięśnia trójgłowego łydki u osób uprawiających piłkę siatkową.

Wprowadzenie: Pomysłodawcą reguł gry w piłkę siatkową był Amerykanin William G. Morgan. Kluczową rolą w grze oprócz przygotowania taktycznego jest aspekt fizyczny. Trening funkcjonalny ma na celu ukierunkowanie i osiągnięcie przez zawodnika możliwie jak największej sprawności fizycznej i dyspozycji psychofizycznej.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie masy oraz siły mięśnia trójgłowego łydki u osób uprawiających piłkę siatkową z osobami, które na co dzień nie mają nic wspólnego z tą dyscypliną sportową. Siła mięśnia trójgłowego łydki ma decydujące znaczenie przy osiąganiu przez zawodnika wysokości, na której jest w stanie sięgnąć piłkę czy to podczas ataku czy bloku.

Materiał i metoda: Grupę badaną stanowiło 35 osób uprawiających piłkę siatkową. Grupę kontrolną 35 osób nie uprawiających piłki siatkowej. Do badań wykorzystano maszynę Smitha, na której zmierzono maksymalną siłę mięśnia trójgłowego oraz obwody (G_1) obu łydek. Uzyskane dane posłużyły do wyliczenia jego wielkości. Ponadto zmierzono wyskok dosiężny. Badania przeprowadzono w grupie badanej i w grupie kontrolnej.

Wyniki: Sprawność funkcjonalna, a co za tym idzie siła mięśnia trójgłowego łydki różni się istotnie pomiędzy badanymi grupami. Nie zanotowano istotnej różnicy między obwodami łydki (G_1) wśród badanych w obu grupach. Większą siłę mięśnia stwierdzono u osób trenujących piłkę siatkową i taki wynik był skorelowany z wysokością wyskoku.

Wnioski: Sprawność funkcjonalna (wysokość wyskoku) różni się istotnie pomiędzy badanymi grupami. Większą siłę mięśnia trójgłowego osiągnęły osoby uprawiające piłkę siatkową. W treningu siatkarzy należy zwrócić uwagę na rozwój siły mięśnia trójgłowego łydki, która wpływa na większą sprawność funkcjonalną zawodników.

Słowa kluczowe: piłka siatkowa, sprawność funkcjonalna, pomiary linijne

**Rodzaje uszkodzeń aparatu ruchowego
i częstość stosowania środków odnowy biologicznej przez osoby uprawiające jeździectwo.**

Wprowadzenie: Jeździectwo o charakterze rekreacyjnym jak i wyczynowym jest dyscypliną obciążoną niebezpieczeństwem wielu urazów. Większość dolegliwości występujących u jeźdźców dotyczy aparatu ruchu. Profilaktyka uszkodzeń narządu ruchu poprzez systematyczne stosowanie środków odnowy biologicznej z powodzeniem mogą im przeciwdziałać.

Cel pracy: Celem pracy była ocena rodzajów uszkodzeń aparatu ruchu występujących u badanych jeźdźców oraz częstości stosowania przez nich środków odnowy biologicznej.

Materiał i metoda: Materiał badawczy stanowiło 125 osób (104 kobiety, 21 mężczyzn) w wieku 12-38 lat. Średnia wieku badanych uprawiających jeździectwo wynosiła 21 lat. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 21 pytań i metryczkę.

Wyniki i wnioski: Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa ankietowanych (62%) uprawia jeździectwo wyczynowo, 5-7 razy w tygodniu w okresie od 10-15 lat i więcej. Pozostali ankietowani (38%) uprawiają jeździectwo rekreacyjnie. Z ogółu badanych 74% doznało w okresie uprawiania jeździectwa uszkodzeń aparatu ruchu. Najczęściej dotyczyły one kończyn dolnych, górnych oraz kręgosłupa. Uszkodzenia te miały charakter stłuczeń oraz przeciążeń aparatu mięśniowego i stawowego. Ponad połowa ankietowanych deklarowała występowanie dolegliwości bólowych odcinka L-S kręgosłupa (charakter miejscowy i promieniujący), uaktywniających się podczas jazdy konnej. Zaledwie 39% ankietowanych zaznaczyło stosowanie zabiegów odnowy biologicznej, spośród których respondenci najczęściej wskazywali masaż, basen oraz saunę. Przeprowadzone badania potwierdzają, że jeździectwo jest dyscypliną kontuzjogenną, a świadomość występowania dolegliwości ze strony aparatu narządu ruchu powinna zachęcić osoby uprawiające jeździectwo do korzystania ze środków odnowy biologicznej w celu zapobiegania im.

Słowa kluczowe: jeździectwo, uszkodzenia aparatu ruchowego, odnowa biologiczna

Tolerancja wysiłku fizycznego osób z chorobą wieńcową z współistniejącą cukrzycą.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie tolerancji wysiłkowej pacjentów z chorobą wieńcową i towarzyszącą cukrzycą z pacjentami bez DM. Oceniono także zależność tolerancji wysiłku u osób z chorobą niedokrwinną serca od wieku, płci, czynników ryzyka miażdżycy i przebyłym zawałem serca.

Materiał i metoda: Do badań wykorzystano ankietę, w której zawarto pytania dotyczące wieku, płci oraz pytania z wywiadu medycznego. Do oceny wydolności fizycznej posłużył test 6MWT i Skala Borga. Badania przeprowadzono w grupie 50 osób z chorobą wieńcową.

Wyniki: Sprawność funkcjonalna różni się istotnie pomiędzy osobami badanych grup. Dłuższy dystans w teście sześciominutowym pokonali pacjenci bez współistniejącej cukrzycy. Średni dystans jaki pokonali pacjenci z grupy badanej wyniósł około 240,6 m ± 104,8 m. Najczęściej pokonywanym dystansem była odległość do 300 m – (76%). Wiek oraz aktywność fizyczna wpływają istotnie na pokonaną w teście odległość. Poziom zmęczenia przed wysiłkiem różni się istotnie statystycznie w zależności od aktywności fizycznej badanych, wieku i BMI, natomiast poziom zmęczenia odczuwany po wysiłku według skali Borga różni się istotnie w zależności od aktywności fizycznej i wieku badanych.

Dyskusja: Podobnie jak w badaniach Maurot i wsp. zaobserwowano gorszą tolerancję wysiłku u osób z chorobą wieńcową i współistniejącą cukrzycą. Dystans poniżej 300 m pokonało 76% badanych z cukrzycą i 40% badanych bez cukrzycy. Kośmicki stwierdził, że brak osiągnięcia dystansu 300 m świadczy o przynależności chorego do grupy o wysokim stopniu ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Na pokonaną odległość w teście 6MWT w sposób istotny wpłynął wiek i aktywność fizyczna, co pokrywa się z wynikami Faggiano i wsp.

Wnioski: Chorzy z towarzyszącą cukrzycą wykazują gorszą tolerancję wysiłku. Pokonana w teście 6MWT odległość zależy od wieku oraz aktywności fizycznej.

Słowa kluczowe: tolerancja wysiłku, choroba wieńcowa, cukrzyca typu 2

Kinezjofobia – lęk przed aktywnością ruchową. Identyfikacja przyczyn pasywności ruchowej u pacjentów po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych.

Wprowadzenie: Dane CBOS z 2012r. („Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach 2012”) wskazują, że większość Polaków uważa się za osoby troszczące o swoje zdrowie oraz dostrzega znaczenie aktywności fizycznej dla utrzymania zdrowia. Mimo to, wyniki niemal wszystkich przeprowadzonych w ostatnich latach badań wskazują na niski poziom aktywności fizycznej naszego społeczeństwa. Prewencja wtórna chorób sercowo-naczyniowych oparta jest na modyfikacji, bądź całkowitej eliminacji czynników ryzyka, w tym niedostatecznego poziomu aktywności fizycznej. Identyfikacja oraz wczesne rozpoznanie przyczyn pasywności ruchowej w tej grupie pacjentów wydaje się być pożądane.

Cel pracy: Celem pracy była ocena poziomu kinezjofobii oraz analiza zależności pomiędzy wiekiem i poziomem wykształcenia a kinezjofobią. Zbadano również czy płeć oraz poziom lęku i depresji różnicuje badanych pod względem nasilenia kinezjofobii.

Materiał i metoda: Zbadano 52 pacjentów w wieku 39–84 lat (średni wiek: 64.77 ± 11.20 lat) – poddanych rehabilitacji kardiologicznej po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych. Posłużono się narzędziami psychometrycznymi. Poziom kinezjofobii oszacowano przy użyciu polskiej wersji kwestionariusza KinesiophobiaCausesScale (KCS), natomiast poziom lęku i depresji za pomocą Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS).

Wyniki: Średnie wartości kinezjofobii (43.09 ± 11.75) wskazują na jej umiarkowane nasilenie, bez istotnych statystycznie różnic dymorficznych ($p=0.161$). Większe nasilenie lęku przed aktywnością ruchową odnotowano w domenie psychologicznej – względem domeny biologicznej. Stwierdzono istotne statystycznie zróżnicowanie nasilenia kinezjofobii ze względu na poziom lęku ($p=0.010$) i depresji ($p=0.003$). Nie wykazano zależności między wiekiem i poziomem wykształcenia a kinezjofobią.

Wnioski: Kinezjofobia może stanowić silną barierę aktywności fizycznej. Lęk i depresja mają znaczący wpływ na jej nasilenie.

Słowa kluczowe: kinezjofobia, lęk przed aktywnością ruchową, pasywność ruchowa, rehabilitacja kardiologiczna

Urazowość wśród narciarzy i snowboardzistów rekreacyjnych.

Wprowadzenie: Aktywność fizyczna jest podstawowym elementem zachowania homeostazy zarówno w sferze zdrowia fizycznego, jak i psychicznego człowieka. W ostatnich latach coraz większą rolę odgrywa postać rekreacyjna aktywności fizycznej, która wzbogaca się o nowe formy, stając się jeszcze bardziej atrakcyjną.

Cel pracy: Celem pracy jest zbadanie występowania urazów wśród narciarzy i snowboardzistów rekreacyjnych oraz wykazanie współzależności z przygotowaniem do podjęcia danej formy rekreacji. Przygotowanie obejmuje: kompetencje osoby uczącej badanego, liczebność grupy, staż podejmowania danej aktywności, przygotowywanie mięśni do wysiłku oraz korzystanie ze sprzętu ochronnego.

Materiał i metoda: Badaniu poddano grupę 165 osób spośród turystów korzystających z usług stoków w Białce Tatrzańskiej oraz studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Warunkiem uczestnictwa było podejmowanie co najmniej jednej formy aktywności fizycznej spośród: narciarstwa zjazdowego, narciarstwa biegowego oraz snowboardingu. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Badania miały charakter pilotażowy. Pytano o ilość i rodzaj urazów, staż podejmowania danej formy rekreacji, kompetencje osoby uczącej. Sprawdzano również przygotowywanie mięśni do wysiłku i korzystanie ze sprzętu ochronnego.

Wyniki: Urazu doznała ok. 1/3 ankietowanych. Najczęściej urazom ulegały osoby niekorzystające z pomocy przy nauce jazdy. Wypadki miały miejsce zdecydowanie częściej w trakcie jazdy samodzielnej niż w trakcie nauki. Za główny powód zdarzeń badani uznali niedoskonałość własnej techniki jazdy. U badanych z długim stażem jazdy (>10lat) liczba urazów nie była mniejsza. Większość respondentów wykonuje rozgrzewkę przed wysiłkiem, co wpływało na zmniejszoną ilość urazów.

Wnioski: Stwierdza się zależność pomiędzy występowaniem urazów wśród narciarzy i snowboardzistów rekreacyjnych a zmiennymi takimi jak: przygotowanie trenera, przygotowywania mięśni do wysiłku i sprzętu ochronnego. Nie wykazano wpływu nauki w większej grupie na wzrost liczby urazów. Nie wykazano wpływu długiego stażu na mniejszy wskaźnik urazowości.

Słowa kluczowe: narciarstwo, snowboarding, urazowość

Rola sportu w życiu osób niepełnosprawnych.

Wprowadzenie: Sport osób niepełnosprawnych jest formą aktywności ruchowej podnoszącą ich sprawność fizyczną i zaliczany jest do składowych rehabilitacji medycznej. Ruch dla osób niepełnosprawnych ma szczególne znaczenie, ponieważ wpływa na odporność organizmu, ogólny stan zdrowia, a przede wszystkim ma działanie terapeutyczne, które przyczynia się do podniesienia sprawności funkcjonalnej.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie roli sportu w życiu osób niepełnosprawnych.

Materiał i metoda: Badaniami objęto 30 osób niepełnosprawnych z województwa lubelskiego aktywnie uprawiających sport. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w której techniką badawczą stanowiła ankieta, posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, jako narzędziem badawczym. W badanej grupie 90% stanowili mężczyźni, natomiast 10% kobiety. Badania przeprowadzono w kwietniu 2014 roku wśród członków Integracyjnego Centrum Rehabilitacji i Sportu oraz Fundacji Aktywnej Rehabilitacji w Lublinie.

Wyniki: Wyniki badań wykazały, że sport odgrywa ogromną rolę w życiu osób niepełnosprawnych. Jest on między innymi potrzebą aktywnego spędzania czasu pomimo niepełnosprawności, idealnym sposobem na rehabilitację, chęć oderwania się od szarej rzeczywistości. Osoby niepełnosprawne, dzięki uprawianiu sportu stały się bardziej otwarte, nawiązały nowe znajomości, poprawił się stan ich samopoczucia psychicznego. Sport pozwolił także osobom niepełnosprawnym poprawić wydolność, jak i sprawność fizyczną, co przyczyniło się do wzrostu poziomu ich samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Zmniejszył objawy stresu związane z niepełnosprawnością.

Dyskusja: Powyższe wyniki badań, podobnie jak badania Bolacha, Mizgały [1], podkreślają rangę sportu osób niepełnosprawnych i dowodzą jak ważne jest motywowanie osób niepełnosprawnych do czynnego uprawiania sportu. Poprzez regularne treningi zawodnicy niepełnosprawni zwiększają swoją sprawność fizyczną oraz stają się bardziej niezależni od osób drugih. Daje im to większą szansę na podjęcie edukacji i pracy zawodowej. Sport wyrabia u osób niepełnosprawnych determinację w dążeniu do celu, poczucie własnej wartości i pewności siebie.

Wnioski:

1. Aktywność sportowa korzystnie wpływa na każdą sferę życia osób niepełnosprawnych.
2. Regularne treningi sportowe wpływają na poprawę sprawności fizycznej, ułatwiają akceptację własnych ograniczeń oraz przyczyniają się do większej aktywności w kontaktach interpersonalnych i integracji z osobami pełnosprawnymi.

¹ Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii działające przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher

² Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Klinika Ortopedii i Rehabilitacji SPSK 4 w Lublinie

Analiza zagrożenia ryzykiem upadku u osób ze zmianami zwyrodnieniowymi po 65 roku życia.

Wprowadzenie: Starzenie się jest naturalnym procesem w życiu człowieka. Obecnie przyjętą granicą wieku podeszłego jest 65 rok życia. Cechuje się on trudnością w utrzymaniu homeostazy w odpowiedzi na stres, obniżoną zdolnością wykonywania czynności dnia codziennego, niskim poziomem aktywności fizycznej. Upadki należą do wielkich problemów geriatrycznych. Mogą one prowadzić do złamań, a w konsekwencji nawet do śmierci. W związku z tym zmniejszenie ryzyka upadku u osób starszych jest jednym z wyzwań współczesnej fizjoterapii geriatrycznej.

Materiał i metoda: Materiał badawczy stanowiło 50 pacjentów w wieku od 65 do 75 roku życia (średnia wieku 70,5 lat) przyjętych do Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji z zaawansowaną, wielostawową chorobą zwyrodnieniową; w celu oceny wpływu zastosowania programu usprawniającego z elementami treningu równoważnego zwiększającego aktywność funkcjonalną pacjentów, a tym samym zmniejszającego ryzyko upadku. Test równowagi Berg'a pozwolił ocenić zaburzenia równowagi i chodu oraz stopień ryzyka upadku u badanych pacjentów. Test przeprowadzono dwukrotnie, przed rozpoczęciem usprawniania i po zastosowanym treningu. W pierwszej części badania oceniano równowagę pacjenta w pozycji siedzącej, siadanie, wstawanie, równowagę po wstaniu oraz podczas stania. Przeprowadzono próbę wytrącania z równowagi przy otwartych i zamkniętych oczach. W drugiej części testu obserwowano rodzaj chodu pacjenta, długość i szerokość jego kroków.

Wyniki: Wysoki stopień zagrożenia ryzykiem upadku (43%) zaobserwowano u pacjentów przed zastosowanym treningiem. Przed usprawnianiem występowały zaburzenia równowagi zarówno w pozycji stojącej jak i podczas chodzenia. Po zastosowanym usprawnianiu u badanych znacznej poprawie (25% pacjentek) uległa zdolność lokomocji. Pacjentki wykazały znaczne problemy z utrzymaniem równowagi podczas siedzenia, prób wstawania, siadania ($p < 0,002$). Badani korzystali z pomocy ortopedycznych, chodzili pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie). Po usprawnianiu stwierdzono, że zdolności lokomocyjne uległy poprawie. Pacjenci pewnie stali ze stopami złączonymi ($p = 0,05$), pewnie chodzili ($p < 0,01$). Po zastosowanym treningu równoważnym pacjenci podczas wytrącania z równowagi chwyтали się przedmiotów, ale samodzielnie stali i utrzymywali równowagę ($p < 0,0002$).

Wnioski: Zastosowany Test Berg'a wykazał, że u pacjentów po 65 roku życia wzrasta ryzyko upadku spowodowane zaburzeniami prawidłowej motoryki, reakcji psychoruchowych, które towarzyszą procesom starzenia się. Konieczne jest tworzenie odpowiednich programów rehabilitacyjnych z dużym naciskiem na utrzymanie prawidłowej postawy, poprawę równowagi, wydajności i efektywności chodu, co zmniejszy ryzyko upadków i poprawi jakość życia pacjentów geriatrycznych.

Słowa kluczowe: upadki, zmiany zwyrodnieniowe, osoby po 65 roku życia

Wpływ uprawiania sportu goalball na aktywizacją społeczną osób niewidomych i słabowidzących.

Wprowadzenie: Sir Ludwig Guttmann powiedział, że „dla osoby niepełnosprawnej sport powinien być skutecznym środkiem przywracania kontaktu ze światem zewnętrznym, ułatwiając integrację tych osób ze społecznością obywatelską”. Poprzez aktywność treningową osoba niepełnosprawna najłatwiej pokonuje bariery fizyczne, psychiczne a przede wszystkim społeczne, jakie dzielą ją od ludzi pełnosprawnych. Aktywność sportowa pomaga uwierzyć we własne siły, pozwala poczuć się samodzielnym i niezależnym.

Cel pracy: Ocena wpływu uprawiania sportu goalball na aktywizację społeczną osób niewidomych i słabowidzących. Porównanie grupy młodzieży grającej w goalball z grupą nieuprawiającą tego sportu w wybranych kategoriach.

Materiały i metody: Badania przeprowadzono wśród młodzieży przebywającej w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej w Lublinie przy ulicy Hirszfelda 6. Grupę badaną stanowiły 23 osoby niewidome lub słabowidzące, w tym 11 osób czynnie uprawiających goalball i 12 osób nieuprawiających tej dyscypliny. Średnia wieku badanej grupy wyniosła 17,52. Wszystkie badane osoby posiadały orzeczenie o niepełnosprawności z powodu dysfunkcji narządu wzroku. Dla potrzeb badawczych wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Odpowiedzi oceniano w skali czterostopniowej od 0 pkt do 3 pkt.

Wyniki: Średnia sum punktów uzyskanych z pytań dotyczących aktywności młodzieży we wszystkich wybranych sferach życia, w ujęciu procentowym w odniesieniu do maksymalnego wyniku punktowego każdorazowo jest wyższa wśród osób grających w goalball w stosunku do osób nie uprawiających tej dyscypliny i wynosi: w sferze edukacji 75,50% dla goalballistów oraz 69,08 dla osób nie grających w goalball, w sferze aktywności fizycznej odpowiednio 86,75% oraz 64,92%, w sferze funkcjonowania w społeczeństwie odpowiednio 83,33% i 76,37%, a wyniki oceniające własne możliwości to 84,75% oraz 77,96%.

Wnioski: Niepełnosprawni uprawiający goalball lepiej funkcjonują we wszystkich badanych sferach życia. Uprawianie sportu goalball jest dobrą formą aktywizacji społecznej osób niewidomych i słabowidzących. Osoby grające w goalball są bardziej samodzielne i posiadają wyższą samoocenę niż osoby niewidome i słabowidzące nie uprawiające tego sportu.

Słowa kluczowe: goalball, osoby niewidome, sport

SESJA III
MODERATORZY

Prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik
Przewodnicząca Sesji

Dr n. med. Anna Pacian

Dr n. med. Krzysztof Sokółowski

Dr n. med. Alicja Wójcik-Zataska

**Ocena umiejętności samoobsługi w znaczeniu „zajęć funkcjonalnych”
w terapii pacjentów neurologicznych w wieku 5-21 lat.**

Wprowadzenie: W terapii dzieci z deficytem neurologicznym ważną rolę odgrywa sprawność funkcjonalna. W zakres tych działań wchodzi samoobsługa – wykonywanie codziennych czynności takich jak ubieranie i rozbieranie się, przygotowywanie i spożywanie posiłków, higiena osobista i wiele innych, które osobom zdrowym nie sprawiają żadnych trudności.

Cel pracy: Celem badań było ustalenie znaczenia i skuteczności wprowadzenia zajęć z zakresu samoobsługi u dzieci z deficytem neurologicznym.

Materiał i metoda: W badaniach wzięło udział 15 osób (K:8, M:7) z ośrodka rehabilitacyjnego w Garbiczu. MPD stwierdzono u 6 badanych, opóźnienie psychoruchowe (2 osoby), dystrofię mięśniową (2 osoby), a także zespoły: Downa, Angelmana, Turnera, agenezje ciała modelowatego oraz niezdiagnozowaną wadę genetyczną. Wiek badanych dzieci znajdował się w przedziale 5-21 lat, natomiast średnia wieku badanych wyniosła 10 lat. Uczestników poddano ocenie wg skali Barthel, w której wynik z mediany wskazuje na średnio ciężki stan pacjenta (55pkt.). Z każdym uczestnikiem zostało przeprowadzonych 5 półgodzinnych terapii. Oceniano stopień danej umiejętności, jakie posiada dziecko przed oraz po zajęciach. Dodatkowo została przeprowadzona krótka ankieta skierowana do rodziców. Usprawnianymi funkcjami było: ubieranie/rozbieranie podstawowych elementów garderoby, zapinanie zamka, sznurowanie.

Wyniki: Z badań wynika, że 40% badanych rodziców dzieci z zaburzeniami neurologicznymi spotkało się z zajęciami funkcjonalnymi nastawionymi na poprawę samoobsługi dziecka. Prowadzone badania potwierdziły skuteczność stosowania wyżej wymienionych zajęć wskazując na poprawę samoobsługi badanych dzieci zarówno w oparciu o skalę Barthel, jak i w ocenie rodziców.

Wnioski: Terapia z wykorzystaniem technik samoobsługi powinna stać się jedną z podstawowych części kompleksowej rehabilitacji dziecka z deficytem neurologicznym.

Słowa kluczowe: samoobsługa, dzieci, deficyt neurologiczny

Występowanie zaburzeń czynności narządu ruchu oraz znajomość zasad profilaktyki podejmowanej przez osoby grające na gitarze.

Wprowadzenie: Wiele osób zajmujących się amatorsko lub zawodowo grą na gitarze, uskarża się na związane z tym dolegliwości bólowe, najczęściej występujące w obrębie narządu ruchu.

Cel pracy: Kluczowym celem pracy było zbadanie czy i w jakim stopniu gra na gitarze wpływa na występowanie zaburzeń czynności narządu ruchu u osób grających systematycznie. Jakiego rodzaju są to zaburzenia oraz czy osoby grające na gitarze znają i stosują się do zasad profilaktyki.

Materiał i metoda: Materiał badawczy stanowiło 420 osób grających na gitarze. Badani podzieleni zostali pod względem płci, stażu gry, ilości czasu poświęcanego na grę i stopnia zaawansowania muzycznego. Metodę stanowił sondaż diagnostyczny. Ankieta składała się z 16 pytań i metryczki.

Wyniki i wnioski: Wyniki badań wykazały, że wśród 65% ankietowanych pojawiają się dolegliwości bólowe związane z grą na gitarze. Ankietowani wskazywali głównie palce, staw promieniowo-nadgarstkowy, okolice stawu ramiennego oraz kręgosłup. Dolegliwości te pojawiają się zarówno u osób uczących się gry w sposób profesjonalny jak i u tzw. samouków. Badania wykazały, iż fakt ten związany jest z brakiem wiedzy respondentów na temat prawidłowego doboru wielkości instrumentu, należytego ustawienia instrumentu, jak i przyjmowania poprawnej pozycji ciała w trakcie gry na gitarze. Najważniejszym wnioskiem jest fakt poparty przez ankietowanych, dotyczący braku świadomości znaczenia profilaktyki dolegliwości bólowych, dzięki której badani zminimalizowałyby ich występowanie.

Słowa kluczowe: gra na gitarze, dolegliwości bólowe, profilaktyka

Ocena stanu świadomości mężczyzn na temat profilaktyki i następstw udaru mózgu.

Wprowadzenie: Udar mózgu jest trzecią co do częstości, po chorobach serca i nowotworach, przyczyną zgonów na świecie oraz najczęstszym źródłem niepełnosprawności u osób po 40 roku życia. Celem pracy jest ocena stanu świadomości społeczeństwa na temat profilaktyki i następstw udaru mózgu.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 70 mężczyzn między 37 a 92 rokiem życia. W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 25 pytań dotyczących czynników ryzyka udaru mózgu, jego następstw i profilaktyki. Analiza wyników została wykonana za pomocą programu Statistica.

Wyniki: Respondenci mieli problem ze zdefiniowaniem udaru mózgu oraz wskazaniem poprawnych wartości ciśnienia tętniczego. Większość ankietowanych zna metody profilaktyki, lecz nie stosuje się do nich. Osoby badane stwierdziły znikomy wpływ siedzącego trybu życia, palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na ryzyko wystąpienia udaru. Zdecydowana większość badanych ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym jest pod opieką poradni kardiologicznych. Ankietowani oceniają swój stan świadomości na temat profilaktyki i następstw udarów dostatecznie, jednocześnie są zainteresowani poszerzeniem wiedzy w tej dziedzinie.

Wnioski:

1. Stan świadomości społeczeństwa na temat udarów jest niewystarczający.
2. Istnieje duża potrzeba podjęcia działań w celu poprawy stanu wiedzy na temat udaru mózgu, zwłaszcza u osób znajdujących się w grupie ryzyka.

Słowa kluczowe: udar mózgu, profilaktyka, czynniki ryzyka

Czy motyw ma znaczenie? O jakości i satysfakcji z życia wolontariuszy sportowych pracujących podczas turnieju UEFA Euro 2012™.

Wprowadzenie: U podłoża pracy prospołecznej leży altruizm, bezinteresowna postawa ukierunkowana na przysporzenie korzyści innym osobom, sprawom oraz ideom. Czy osoby podejmujące taką pracę pod wpływem podobnie zorientowanych motywów (na innych) sprawia, że czują się one lepiej niż osoby które podejmują ją pod wpływem egocentrycznie zorientowanych motywów?

Cel pracy: Celem badań jest ocena stopnia współzależności pomiędzy stosunkiem do odmiennie zorientowanych motywów, stosowanych przez organizatorów dwóch Oficjalnych Programów Wolontariatu UEFA Euro 2012™, a poziomem poczucia jakości i satysfakcji z życia wolontariuszy biorących udział w tych projektach.

Materiał i metoda: Badaniem objęto grupę 326 wolontariuszy pracujących podczas turnieju UEFA Euro 2012™ w Poznaniu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety do oceny jakości życia (WHOQOL – BREF) oraz satysfakcji z życia (SWLS). Stosunek do motywów stosowanych przez organizatorów programów wolontariackich oceniono na pięciostopniowej skali Likerta. Motywy sklasyfikowano w dwie grupy, zorientowane na siebie oraz na innych. Oceniono stopień korelacji pomiędzy ogólną wartością jakości i satysfakcji z życia a motywami o przeciwnej orientacji.

Wyniki: Stwierdzono dodatnią korelację między jakością życia ($r=0,11$ $p<0,04$) i satysfakcją z życia ($r=0,15$ $p<0,006$) a motywem – satysfakcja i zadowolenie z pracy. Stwierdzono dodatnią korelację między motywem – udział w szkoleniach związanych z wykonywanymi obowiązkami ($r=0,11$ $p=0,04$) a jakością życia.

Dyskusja: Wyjściowe założenia uzasadniają wyniki badań, w których satysfakcja z życia wolontariusza zależy od jego prospołecznej postawy (Agryle 1999). Badania wskazują również na rolę nagród i prestiżu w działalności prospołecznej jako determinant zwiększonego poczucia jakości życia (Harbaugh 1998). Wyniki badań własnych potwierdzają te obserwacje.

Wnioski: Motywy zorientowane na innych nie są związane z wyższym poczuciem jakości i satysfakcji z życia. W przypadku pracy prospołecznej w sporcie większą rolę odgrywają motywy zorientowane egocentrycznie, jednak niskie współczynniki korelacji pozwalają sądzić, że ten rodzaj motywu nie odgrywa kluczowej roli.

Słowa kluczowe: wolontariat, sport, motyw, jakość i satysfakcja z życia, praca prospołeczna

Ocena jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa.

Wprowadzenie: Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości współczesnej populacji, przez co zyskały miano choroby cywilizacyjnej. Szczególne znaczenie ma nie tylko częstość występowania tej jednostki chorobowej, ale przede wszystkim jej skutki zdrowotne oraz społeczne, powodujące ograniczenie zdolności do codziennej aktywności, zwłaszcza u osób aktywnych zawodowo. Zwykle są one wynikiem długotrwałych i niemodyfikowanych przeciążeń oddziałujących na kręgosłup i narząd ruchu. Ponieważ jedynie niewielki odsetek pacjentów cierpi na bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego spowodowane przez nowotwory lub zapalenia, problemy te są często bagatelizowane, niedodiagnozowane oraz leczone objawowo, z zastosowaniem głównie leków przeciwbólowych.

Cel pracy: Celem pracy była analiza dolegliwości bólowych oraz jakości życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 326 osób z zespołem bólowym odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Ocena jakości życia została przeprowadzona przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza WHOQOL-BREF. Zebrane dane zostały poddane analizie z wykorzystaniem pakietu statystycznego Statistica 10.0.

Wyniki: U większości pacjentów ból jest odczuwalny jako 4, 5 lub 6 w skali VAS i trwa średnio od 6 lat i 9 miesięcy. Ponad 80% pacjentów deklaruje, że ból wywołuje ograniczenia w ich codziennym życiu. Wartości jakości życia uzyskiwane w poszczególnych domenach zależą od wieku pacjentów, ich masy ciała, czasu utrzymywania się dolegliwości bólowych oraz stopnia ich nasilenia mierzonego za pomocą wizualno-analogowej skali VAS ($p < 0.05$).

Wnioski: Wczesna diagnostyka i właściwe ukierunkowanie terapii w zespole bólowym kręgosłupa może istotnie wpłynąć na zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawę jakości życia i powrót do aktywności zawodowej.

Słowa kluczowe: ból, kręgosłup lędźwiowy, jakość życia

Dorota Hałasa-Majchrzak^{1,2}, Krzysztof Pytka^{1,2}, Marcin Gniewek^{1,2}, Piotr Majcher^{1,2}, Sylwia Chamera², Emilia Karczewska³

¹Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Ośrodek Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

³Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

Róża kończyn górnych u pacjentek z obrzękiem limfatycznym –ocena retrospektywna pacjentek Ośrodka Rehabilitacji Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.

Wprowadzenie: Róża jest to ostra choroba zapalna skóry i tkanki podskórnej wywołana przez paciorkowce β -hemolizujące. Do zakażenia skóry dochodzi najczęściej w wyniku urazu mechanicznego, a czynnikiem predysponującym jest upośledzenie krążenia żylnego oraz chłonnego. U pacjentek leczonych kompleksowo z powodu raka piersi dochodzi do upośledzenia wydolności układu chłonnego. Upośledzenie krążenia limfy predysponuje do infekcji paciorkowcowej i wystąpienia róży. Ponadto paciorkowce wtórnie uszkodzają drogi limfatyczne, co prowadzi do błędnego koła ułatwiającego nawroty choroby.

Cel pracy: Celem pracy była charakterystyka epidemiologiczno-kliniczna zachorowań na różę u pacjentek leczonych z powodu obrzęku limfatycznego w Ośrodku Rehabilitacji COZL. Oceniano także wpływ zachorowania na różę na program rehabilitacji u tych pacjentek.

Materiał i metody: Analizie poddano 20 historii choroby pacjentek leczonych w Ośrodku Rehabilitacji z powodu obrzęku limfatycznego, które deklarowały zachorowania na różę kończyny górnej. Analiza obejmowała m.in. postaci róży, liczbę zachorowań, miejsce i sposób leczenia, a także wpływu zachorowania na zmianę stopnia obrzęku limfatycznego.

Wyniki: Najczęściej rozpoznawano różę rumieniową, częstość zachorowań wahała się od 1 do 21x. Zachorowanie na różę często poprzedzało uszkodzenie ciągłości skóry i infekcja dróg oddechowych. Wystąpienie obrzęku limfatycznego u 5 pacjentek poprzedziło zachorowanie na różę. U większości infekcja spowodowała nasilenie obrzęku.

Podsumowanie: 1) Zachorowanie na różę wpływa na wystąpienie lub nasilenie obrzęku limfatycznego kończyn górnych. 2) Wystąpienie róży utrudnia leczenie przeciwobrzękowe poprzez konieczność odstąpienia od zabiegów w okresie ostrym choroby. 3) Należy prowadzić profilaktykę powstawania obrzęku i róży poprzez właściwą edukację pacjentek.

Słowa kluczowe: róża, nawroty, obrzęk limfatyczny

Analiza długości drogi rzutu środka ciężkości u dzieci zdrowych i otyłych.

Wprowadzenie: W dzisiejszych czasach obserwuje się postępujące obniżanie progu wiekowego osób z nadmierną masą ciała. Problem ten dotyczy coraz młodszej populacji. Otyłość powoduje duże zaburzenia w sprawności motorycznej, co przekłada się na nieprawidłowości w równowadze.

Cel pracy: Celem poznawczym pracy była analiza długości drogi rzutu środka ciężkości u dzieci zdrowych i otyłych.

Materiał i metody: Zbadano 263 dzieci, pacjentów IP-CZDw Warszawie. Podzielono dzieci ze względu na BMI w odniesieniu do siatek centylowych [Palczewska 2001] na 3 grupy: norma wagowa (N) – 99 osób, dzieci z nadwagą (NW) – 38 oraz dzieci z otyłością (OT) – 117 osób. Do badań wykorzystano platformę AMTI. Mierzono długość ścieżki (pathlength) w oparciu o testy wychyleń przednio-tylnych (AP) oraz bocznych (ML). Do analizy statystycznej wykorzystano test U Manna-Whitneya.

Wyniki: Stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą N a grupą OT zarówno w AP ($p < 0,001$) oraz ML ($p < 0,04$). Zauważono również istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą NW, jak i OT w AP ($p < 0,002$) oraz ML ($p < 0,02$). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie między grupami N i NW zarówno w AP ($p < 0,447$), jak i ML ($p < 0,597$).

Dyskusja: W literaturze jest niewiele badań z zastosowaniem wskaźnika BMI w odniesieniu do siatek centylowych, który jest polecany w badaniach przesiewowych [Palczewska 2001]. Wyniki badań potwierdziły zaburzenia równowagi, które zwiększały się wraz ze wzrostem wskaźnika BMI zarówno podczas wychyleń AP jak i ML. Inni autorzy również stwierdzili istotne różnice w wychyleniach AP przy wartości BMI wyższej niż 40 [Błaszczuk i in. 2009]. W niektórych badaniach stwierdza się, że dzieci otyłe mają lepszy wskaźnik stabilności ogólnej w statyce, jednak podczas dynamicznych wychwiania otrzymywane wyniki są znacznie gorsze, aniżeli u dzieci z prawidłową wagą ciała. Oczywistym zdaje się twierdzić, że obniżenia sprawności fizycznej, siły dynamicznej dzieci otyłych wpływać może na zaburzenia równowagi [Barańska 2009].

Wnioski: Dzieci z otyłością charakteryzują się zaburzoną równowagą dynamiczną, którą obrazuje krótszy przebieg długości drogi rzutu środka ciężkości zarówno w płaszczyznach strzałkowej i czołowej.

Słowa kluczowe: dzieci, otyłość, wychwiania dynamiczne

**Ocena porównawcza stanu świadomości osób
z wykształceniem medycznym i niemedycznym na temat zawodu fizjoterapeuty.**

Wprowadzenie: Fizjoterapia jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny, która zajmuje się szeroko rozumianą profilaktyką i usprawnianiem chorych.

Cel pracy: Celem pracy była ocena porównawcza stanu wiedzy osób z wykształceniem medycznym i niemedycznym na temat zawodu fizjoterapeuty.

Materiał i metody: Badaniem została objęta grupa 165 osób w przedziale wiekowym 19-96lat, gdzie większość stanowiły kobiety. Badanie przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał 19 pytań z zakresu możliwości zastosowania fizjoterapii w różnych dziedzinach medycyny, cech charakteru jakimi powinien charakteryzować się fizjoterapeuta, zakresu obowiązków oraz wynagrodzenia. Analizy wyników dokonano za pomocą programu Statistica.

Wyniki: Respondenci wskazywali rolę fizjoterapeutów w dziedzinach medycyny takich jak: ortopedia, neurologia i reumatologia. Kardiologia, pulmonologia czy onkologia nie były dziedzinami, wśród których ankietowani widzieli istotną rolę fizjoterapeuty. Ponad połowa ankietowanych przy wyborze fizjoterapeuty sugerowała się opinią znajomych bądź rodziny. Zdecydowana większość badanych uznała, że największą odpowiedzialność za proces usprawniania pacjentów ponosi fizjoterapeuta.

Wnioski: Odpowiedzi na pytania dotyczące możliwości zastosowania fizjoterapii w różnych dziedzinach medycyny wskazują na niski poziom świadomości badanych osób dotyczącej zawodu fizjoterapeuty.

Słowa kluczowe: świadomość, fizjoterapia

¹ Zakład Balneoterapii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zaburzenia ukrwienia rdzenia kręgowego w przebiegu urazów.

Urazy rdzenia kręgowego i związane z nimi konsekwencje stanowią duży problem medyczny i społeczny. Główne przyczyny urazów to skoki do wody, wypadki komunikacyjne oraz inne przyczyny, w tym również próby samobójcze. Przeprowadzone liczne badania udowodniły istnienie dwóch mechanizmów biorących udział w uszkodzeniu rdzenia kręgowego – mechanizm urazu pierwotnego oraz wtórnego.

Mechanizm pierwotny polega na bezpośrednim działaniu czynników urazu w trakcie jego trwania. Czynnikiem tymi może być: ucisk, skręcenie, rozerwanie, uderzenie. Następstwem tego mechanizmu jest: stłuczenie, rozerwanie, naciągnięcie lub uszkodzenie naczyń krwionośnych. Mechanizmy urazu wtórnego to: zmiany naczyniowe, utrata energii metabolicznej, zmiany elektrolitowe, zmiany biochemiczne oraz obrzęk. Te następujące po sobie mechanizmy mogą doprowadzić do całkowitego zniszczenia rdzenia kręgowego. Zmiany naczyniowe powstałe w wyniku urazu dzieli się na układowe i miejscowe. Rdzeniowy przepływ krwi ulega znacznemu obniżeniu po urazie, lecz bardzo ważny jest fakt postępującego pogorszenia przepływów w czasie pierwszych kilku godzin po urazie. Od 3 do 25% urazów rdzenia kręgowego powstaje w okresie po pierwotnym urazie rdzenia. Pozostałe to uszkodzenia wtórne, do których dochodzi w czasie transportu z miejsca wypadku lub podczas udzielania pierwszej pomocy.

Na podstawie wykładników morfologicznych urazu, zmian naczyniowych i innych zachodzących procesów, można ten proces zahamować i wdrożyć odpowiednie leczenie. Poznanie mechanizmów następstw urazów rdzenia kręgowego jest warunkiem właściwej diagnostyki i skutecznego leczenia.

Monika Wybraniak

Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii działające przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher

Lateralizacja u studentów fizjoterapii UM w Lublinie.

Wprowadzenie: Asymetria sprawności ruchowej określana przez lateralizację może mieć przebieg jednorodny, występujący u większej części społeczeństwa lub skrzyżowany. Dominacja mieszana oraz jednorodna lewostronna coraz częściej są uznawane za przyczynę braku koordynacji kończyn co może być przyczyną mniejszego zainteresowania sportem.

Cel pracy: Analiza występowania poszczególnych lateralizacji u studentów fizjoterapii i jej stosunek do aktywności fizycznej.

Materiały i metody: Zbadano 47 studentów fizjoterapii w tym 15 mężczyzn i 32 kobiety. Przeprowadzono formularz ankiety zawierający pytania dotyczące systematyczności uprawianego sportu oraz testy sprawdzające uwarunkowanie dominacji jednej ze stron kończyn górnych i dolnych. Badani zostali podzieleni na 4 grupy w zależności od lateralizacji.

Wyniki: Grupa z lateralizacją prawostronną składała się z 32 osób, 14 czynnie uprawiało sport. Grupę z lateralizacją lewostronną tworzyły 4 osoby, jedna systematycznie uczęszczała na siłownię. Lateralizacja skrzyżowana podzielona na dwie grupy: 8 osób skrzyżowanie PR/LN – 2 osoby trenujące (koszykówka, piłka nożna) i 3 osoby skrzyżowanie LR/PN – 1 osoba (taniec).

Wnioski: Lateralizacja prawostronna występuje u większości zbadanych studentów czynnie uprawiających sport, co potwierdza dominację wymienionej asymetrii. Pozostałe trzy grupy wykazały znacznie mniejsze zainteresowanie czynnym uprawianiem sportu co może wynikać z odmiennej lateralizacji od dominującej.

Słowa kluczowe: lateralizacja, student, sport

¹ Zakład Balneoterapii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pomiary wilgotności skóry u pacjentów poddawanych znieczuleniu ogólnemu.

Wprowadzenie: Wilgotność skóry stanowi ważny wskaźnik w ocenie nawodnienia pacjenta. Niedobór płynu zewnątrzkomórkowego jest groźnym zaburzeniem równowagi płynowej w okresie przedoperacyjnym. Większość technik znieczulenia może wywołać u pacjentów odwodnionych zapasć krążeniową, zaburzyć metabolizm środków anestetycznych.

Cel pracy: Ocena zmian wilgotności skóry pacjentów podczas znieczulenia ogólnego i ich wpływ na wartości ciśnienia tętniczego.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono na grupie 90 pacjentów poddawanych znieczuleniu ogólnemu do planowych zabiegów operacyjnych (A-grupa badawcza 45 pacjentów, B-kontrolna 45-podaż 500ml solRingeri przed znieczuleniem). Wilgotność skóry mierzono za pomocą urządzenia Skintest Plus firmy Biotronik.

Wyniki: W grupie A wilgotność skóry bezpośrednio po wprowadzeniu do znieczulenia spadała o 41,10%, a po wybudzeniu o 71,30% w stosunku do wartości przed znieczuleniem. U pacjentów z wyjściowo niską zawartością wody w skórze obserwowano 20,30% spadki ciśnienia tętniczego po indukcji do znieczulenia, u pacjentów o prawidłowej wilgotności skóry obserwowano 15% spadki ciśnienia. W grupie B - wilgotność skóry spadała o 33,30% po indukcji i o 22,66% po wybudzeniu. RR po indukcji obniżyło się o 14,70%.

Dyskusja: Nieprawidłowe nawodnienie pacjentów przed zabiegami chirurgicznymi może stanowić poważne zagrożenie dla ich zdrowia i życia.

Wnioski: U pacjentów otrzymujących 500ml płynu i.v. przed znieczuleniem spadki RR były takie jak w grupie badanej o prawidłowej wilgotności skóry. Nawadnianie pacjentów bezpośrednio przed znieczuleniem pozwoli na większą stabilność hemodynamiczną podczas zabiegu operacyjnego.

Słowa kluczowe: wilgotność skóry, znieczulenie ogólne, skintest

Tomasz Zawisłak¹, Piotr Turmiński¹, Krzysztof Sokołowski², Ewa Socha, Katarzyna Król³

¹Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii działające przy Zakładzie Rehabilitacji i Fizjoterapii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun SKNF: dr hab. n. med. Piotr Majcher

²**Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii**
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³**Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym**
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Efekty zastosowania krioterapii miejscowej w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

Wprowadzenie: Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych jest najpowszechniejszym schorzeniem stawów obwodowych, dotyczącym około 70% osób powyżej 65 roku życia. Postępujący i nieodwracalny przebieg gonartrozy jest przyczyną przewlekłych dolegliwości bólowych oraz obniżeniem jakości życia chorych.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności zastosowania krioterapii miejscowej w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w kwietniu 2013 roku w Ośrodku Rehabilitacji Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie oraz w Centrum Rehabilitacji I Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Lublinie. Grupę badaną stanowiło 30 osób ze zdiagnozowaną chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Do oceny skuteczności leczenia wykorzystano skalę VAS i kwestionariusz WOMAC. Wykonano także pomiar zakresu ruchomości oraz obwodów stawu kolanowego przed i po zakończeniu terapii.

Wyniki: Analiza wyników badań wykazała zmniejszenie dolegliwości bólowych ze średnio 5,9 pkt. przed terapią, do 4 pkt. po terapii w 10 pkt. skali VAS ($p < 0,05$). Średnia wartość indeksu WOMAC przed rozpoczęciem terapii wyniosła 53,5 pkt., po zastosowaniu terapii średni wynik wg kwestionariusza WOMAC zmniejszył się do 41,6 pkt ($p < 0,05$). Stwierdzono zwiększenie zakresu ruchu zgięcia w stawie kolanowym średnio o 6° w wyniku zastosowania terapii ($p < 0,05$).

Wnioski: Zastosowanie krioterapii miejscowej zmniejsza dolegliwości bólowe u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Krioterapia miejscowa wpływa na zmniejszenie obrzęku stawów kolanowych oraz wskaźników funkcji wg kwestionariusza WOMAC.

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa stawów, gonartroza, krioterapia

