



**SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji**

Katedra Fizjoterapii  
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich



# **II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa**



## **“Majówka Młodej Fizjoterapii”**

**Wrocław, 29-31 maja 2009**

Skład i łamanie: Sławomir Jarząb  
Projekt okładki: Sławomir Jarząb

Materiały konferencyjne zostały dostarczone przez autorów.

© SKN Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Nakład 300 egz.

**II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa  
„Majówka Młodej Fizjoterapii”  
Wrocław, 29-31 maja 2009**

**Patronat Honorowy**

**Marszałek Województwa Dolnośląskiego**  
Marek Łapiński

**JM Rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu**  
prof. dr hab. Ryszard Andrzejak

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu**  
dr hab. Bernard Panaszek, prof. nadzw.

**Opiekun i Pełnomocnik Rektora do spraw STN**  
prof. dr hab. Romuald Zdrojowy

**Dolnośląska Izba Lekarska**  
Przewodniczący: dr n. med. Andrzej Wojnar

**Komitet Naukowy**

**Przewodniczący:** dr hab. Andrzej Pozowski, prof. nadzw.

prof. dr hab. inż. Romuald Będziński  
prof. dr hab. Tadeusz Bober  
prof. dr hab. Ewa Demczuk-Włodarczyk  
prof. dr hab. Zbigniew Jethon  
prof. dr hab. Andrzej Kierzek  
prof. dr hab. Stefan Kornecki  
prof. dr hab. Jan Łazowski  
prof. dr hab. Ludwika Sadowska  
prof. dr hab. Tadeusz Skolimowski  
prof. dr hab. Andrzej Steciwko  
dr hab. Alicja Rutkowska-Kucharska, prof. nadzw.  
dr hab. Piotr Wiland, prof. nadzw.  
dr n. med. Andrzej Bugajski  
dr n. med. Żanna Fiodorenko-Dumas  
dr n. med. Jadwiga Kuciel-Lewandowska  
dr n. med. Małgorzata Paprocka-Borowicz  
mgr Krzysztof Aleksandrowicz  
mgr Irena Baściuk  
mgr Bożena Bogut  
mgr Roman Heider  
mgr Wojciech Laber

**Komitet Organizacyjny**

**Przewodniczący:** Sławomir Jarzab  
Krzysztof Aleksandrowicz, Karolina Ciurlik, Maciej Dutka, Michał Guła, Michał Kaczyński, Malwina Knuth,  
Paulina Kołodziejczyk, Marcin Kosowski, Daria Kotecka, Wiktor Kraczk, Marta Kucia, Weronika Kusibab,  
Kamila Kuźniar, Marta Kwasek, Wojciech Tomasz Laber, Inga Litwinowa, Kornelia Mroczek, Urszula Niemiec,  
Małgorzata Paprocka-Borowicz, Karolina Pietruszewicz, Małgorzata Świątkiewicz, Magdalena Szponer,  
Ewelina Trościanko, Grzegorz Tyszkowski, Paweł Warężak, Michalina Zembaty

Drodzy Państwo!

Jest nam niezmiernie miło powitać Państwa na II Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Majówka Młodej Fizjoterapii”. Konferencja jest kierowana do studentów oraz doktorantów, którym bliskie są zagadnienia fizjoterapii, inżynierii rehabilitacyjnej, medycznych aspektów rehabilitacji czy biomechaniki.

Przystępując do organizacji tego wydarzenia, kierowaliśmy się ideą integracji środowisk młodych naukowców z całej Polski zajmujących się przecież niejednokrotnie podobnymi problemami. Nadesłane prace prezentują bardzo wysoki poziom, czego serdecznie gratulujemy autorom.

Chcielibyśmy wyrazić naszą wdzięczność dla wszystkich, którzy przyczynili się do powodzenia konferencji, szczególnie:

JM Rektorowi prof. dr. hab. Ryszardowi Andrzejakowi oraz Dziekanowi Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr. hab. Bernardowi Panaszкови za wsparcie finansowe oraz Patronat Honorowy nad konferencją;

Marszałkowi Województwa Dolnośląskiego panu Markowi Łapińskiemu, Opiekunowi i Pełnomocnikowi Rektora ds. STN prof. dr. hab. Romualdowi Zdrojowemu oraz Przewodniczącemu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Andrzejowi Wojnarowi za objęcie naszej konferencji Patronatem Honorowym;

wszystkim członkom Komitetu Naukowego, szczególnie Panu Przewodniczącemu dr. hab. Andrzejowi Pozowskiemu, prof. nadzw. za zaangażowanie i opiekę nad poziomem merytorycznym konferencji;

pracownikom Katedry Fizjoterapii za cenne rady, wskazówki i wszelką pomoc;  
naszym Partnerom, bez których wsparcia organizacja tego wydarzenia była by o wiele trudniejsza;

Koleżankom i Kolegom z Komitetu Organizacyjnego za zaangażowanie w trakcie przygotowywania konferencji.

Pragnę także z całego serca gorąco podziękować wszystkim tym, którzy nie zostali wymienieni z imienia i nazwiska, a dzięki którym konferencja nabrała swej formy i treści.

W tym roku spotykamy się po raz wtóry. Mamy nadzieję jednak, iż tegoroczna „Majówka Młodej Fizjoterapii” dorówna poprzedniej i tak jak w rok temu, będzie stanowić doskonałą okazją do nawiązania owocnej współpracy.

Życzymy udanych obrad i przyjemnego wypoczynku w pięknym Wrocławiu.

W imieniu zespołu organizatorów konferencji

*Sławomir Jarzqb*

## Miejsce obrad:

Audytorium im. Jana Pawła II  
Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu  
ul. Borowska 213

---

**Piątek, 29.05.2009**

od 13<sup>00</sup> Rejestracja Uczestników

14<sup>00</sup> - 14<sup>15</sup> Otwarcie Konferencji

14<sup>15</sup> - 14<sup>45</sup> **Wykład inauguracyjny**

dr hab. Andrzej Pozowski, prof. nadzw.  
„Granice fizjoterapii”

### Sesja A1

Paprocka-Borowicz Małgorzata, Demczuk-Włodarczyk Ewa, Fiodorenko-Dumas Żanna

14<sup>45</sup> - 15<sup>00</sup> Korbel Krzysztof Fizjoterapia w geriatry i opiece paliatywnej jako dyscyplina medyczna i duchowa

15<sup>00</sup> - 15<sup>15</sup> Garczyński Wojciech, Lubkowska Anna Hipotonia ortostatyczna u pacjentów geriatrycznych. Etiopatogeneza i rehabilitacja

15<sup>15</sup> - 15<sup>30</sup> Obrzud Marta, Jankowska Beata, Uchmanowicz Izabella, Molka Ewa Aspekt fizycznego i psychicznego deficytu pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola rehabilitacji i edukacji

15<sup>30</sup> - 15<sup>45</sup> Kusibab Weronika, Fiodorenko-Dumas Żanna, Laber Wojciech T. Możliwości fizjoterapii w leczeniu nowotworu jajnika

15<sup>45</sup> - 16<sup>00</sup> Gallert Weronika, Samotyj Amelia, Świerzowicz Anna Postępowanie fizjoterapeutyczne u krytycznie chorych na oddziale intensywnej terapii

16<sup>00</sup> - 16<sup>15</sup> **Dyskusja**

16<sup>15</sup> - 16<sup>30</sup> **Przerwa**

### Sesja A2

Kuciel-Lewandowska Jadwiga, Jethon Zbigniew, Heider Roman

16<sup>30</sup> - 16<sup>45</sup> Litvinova Inga, Marczuk Mariola, Milanowski Jarosław Kompleksowa rehabilitacja poudarowa według zaleceń Deklaracji Helsingborgskiej 2006 Europejskich Strategii Udarowych

16<sup>45</sup> - 17<sup>00</sup> Bartczyszyn Monika, Dziubek-Rogowska Wioletta Kompleksowa rehabilitacja mowy i ocena jakości życia u osoby po przebytym udarze mózgu usprawnianej metodą „Dyna-lingua M.S.”

17<sup>00</sup> - 17<sup>15</sup> Brzyski Jakub Porównywanie efektów leczenia udaru mózgu w zakresie funkcji lokomocyjnych tradycyjną metodą usprawniania i metodą PNF po 6 miesiącach od wystąpienia incydentu

17<sup>15</sup> - 17<sup>30</sup> Bytomska Kamila, Bukowska Katarzyna, Boczkowski Grzegorz Ocena skuteczności komputerowej rehabilitacji kognitywnej u pacjentów z deficytami poznawczymi po uszkodzeniu mózgu - doniesienie wstępne

17<sup>30</sup> - 17<sup>45</sup> **Dyskusja**

## Sobota, 30.05.2009

### 9<sup>00</sup> - 9<sup>30</sup> Wykład wprowadzający

dr inż. Sławomir Winiarski - „Komputerowe metody analizy ruchu i postawy ciała człowieka”

### Sesja B1

Rutkowska-Kucharska Alicja, Winiarski Sławomir, Aleksandrowicz Krzysztof

- 9<sup>30</sup> - 9<sup>45</sup> Holeczko Krzysztof, Kwiatek Grzegorz Miometryczna ocena sztywności mięśnia ramienno-promieniowego podczas utrzymywania siły na poziomie 50% MVC
- 9<sup>45</sup> - 10<sup>00</sup> Napiórkowska M., Graff K., Bronowski A., Domaniecki J., Stębowska J., Waszkiewicz M., Łukaszewska A. Ocena przestrzennego ustawienia miednicy za pomocą kątomierza elektronicznego w populacji dziewcząt zdrowych i ze skoliozą
- 10<sup>00</sup> - 10<sup>15</sup> Bronowski A., Graff K., Napiórkowska M., Komaniecki J., Łukaszewska A. Wartości referencyjne krzywizn kręgosłupa wśród dziewcząt warszawskich w wieku 9-16 lat mierzona plurimetrem Rippstein'a
- 10<sup>15</sup> - 10<sup>30</sup> Pietrzak Irmina, Demczyszak Iwona Rodzaje, metody leczenia oraz profilaktyka najczęstszych urazów występujących w tańcu towarzyskim
- 10<sup>30</sup> - 10<sup>45</sup> **Dyskusja**
- 10<sup>45</sup> - 11<sup>00</sup> **Przerwa**

### Sesja B2

Skolimowski Tadeusz, Kuciel-Lewandowska Jadwiga, Paprocka-Borowicz Małgorzata

- 11<sup>00</sup> - 11<sup>15</sup> Kuźniar Kamila Stwardnienie rozsiane - fizjoterapia oraz niekonwencjonalne metody leczenia stosowane przez chorych
- 11<sup>15</sup> - 11<sup>30</sup> Mościcki M., Stuce M., Warężak P., Wiśniewska M. Klawiterapia jako metoda rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym
- 11<sup>30</sup> - 11<sup>45</sup> Knuth Malwina, Tyszkowski Grzegorz Fizjoterapia w dystrofii mięśniowej typu Duchenne'a
- 11<sup>45</sup> - 12<sup>00</sup> Zembaty Michalina Wpływ Aktywnej Rehabilitacji na funkcjonowanie osób po urazie rdzenia kręgowego
- 12<sup>00</sup> - 12<sup>15</sup> **Dyskusja**
- 12<sup>15</sup> - 13<sup>15</sup> **Szkolenie z zakresu Aktywnej Rehabilitacji**
- 13<sup>15</sup> - 15<sup>00</sup> **Przerwa**

### Sesja C

Sadowska Ludwika, Heider Roman, Laber Wojciech

- 15<sup>00</sup> - 15<sup>15</sup> Sklarek Małgorzata, Suliga Magdalena, Sokołowska Marta Masaż kobiet w ciąży
- 15<sup>15</sup> - 15<sup>30</sup> Mandzios Pawlos, Pluta-Łobacz Andrzej, Socki Marcin Fizjoterapia w przepuklinie oponowo-rdzeniowej
- 15<sup>30</sup> - 15<sup>45</sup> Błażejczyk Marlena, Sadowska Ludwika Trudności w budowaniu więzi z dzieckiem z Zespołem Downa lub innymi wadami wrodzonymi w odniesieniu do dzieci zdrowych
- 15<sup>45</sup> - 16<sup>00</sup> Szulkowska Karolina, Fronczek Magdalena, Kujawa Jolanta Analiza częstości występowania wad postawy ciała u dzieci głuchych i głuchoniemych w porównaniu do dzieci zdrowych w aglomeracji łódzkiej - badanie pilotażowe
- 16<sup>00</sup> - 16<sup>15</sup> Żyłka Justyna, Rutkowska Izabela Motoryczność niewidomych dzieci objętych programem wczesnej interwencji
- 16<sup>15</sup> - 16<sup>30</sup> **Dyskusja**
- 16<sup>30</sup> - 16<sup>45</sup> **Przerwa**

## Sesja plakatowa

16<sup>45</sup> - 18<sup>00</sup>

Bugajski Andrzej, Baściuk Irena, Laber Wojciech

P01	Ceranowicz Marta, Gawryjołek Marta	Postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po przebytych zawałach mięśnia sercowego
P02	Dubis Magdalena, Pietruszewska Anita, Demczyszak Iwona	Rehabilitacja metodą NDT-Bobath dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym
P03	Dutka Maciej	Postępowanie fizjoterapeutyczne w leczeniu zerwania i rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego
P04	Hawro Dominika, Demczyszak Iwona	Nordic Walking – nowa forma aktywności fizycznej stosowanej w prewencji i rehabilitacji
P05	Kokoszka Łukasz, Lipiński Kornel	Zespół zaniedbywania jednostronnego – charakterystyka kliniczna, diagnostyka i postępowanie rehabilitacyjne
P06	Kotecka Daria, Kwasek Marta, Laber Wojciech T.	Rehabilitacja metodą NDT Bobath w mózgowym porażeniu dziecięcym
P07	Kraczko Wiktor, Niemiec Urszula	Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych po urazach kręgosłupa w wybranych dyscyplinach sportowych
P08	Małolepsza A., Dziędziela M., Diudiuk P., Dubniewicz J., Pietch T.	Postępowanie rehabilitacyjne u chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc
P09	Sobolak Monika, Demczyszak Iwona, Wygaś Justyna	Przydatność elektrostymulacji w leczeniu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym
P10	Sobolak Monika, Demczyszak Iwona, Koziół Marta	Możliwości zastosowania wybranych form rehabilitacji w zaburzeniach psychicznych

od 20<sup>00</sup>

**Bankiet**

Bar & Restauracja „INSPIRACJA”, pl. Solny 16

## Niedziela, 31.05.2009

### Sesja D

Pozowski Andrzej, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Bogut Bożena

9 <sup>30</sup> - 9 <sup>45</sup>	Burba Aleksandra, Hawrylewicz Elżbieta, Konczalska Magdalena, Krzak Karolina	Protezy kończyn dolnych – postęp technologiczny oraz zastosowanie w sporcie
9 <sup>45</sup> - 10 <sup>00</sup>	Niedbała Kajetan, Demczyszak Iwona	Aktywność fizyczna wśród studentów regionu jeleniogórskiego w badaniach własnych
10 <sup>00</sup> - 10 <sup>15</sup>	Kosowski Marcin	Diagnozowanie i terapia według metody McKenzie zespołów bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa
10 <sup>15</sup> - 10 <sup>30</sup>	Chrzan Renata	Porównanie skuteczności wybranych zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów po złamaniach kończyn - doświadczenia własne
10 <sup>30</sup> - 10 <sup>45</sup>	<b>Dyskusja</b>	
10 <sup>45</sup> - 11 <sup>00</sup>	<b>Przerwa</b>	

11<sup>00</sup> - 11<sup>15</sup> **Zakończenie Konferencji**

## **Fizjoterapia w geriatrici i opiece paliatywnej jako dyscyplina medyczna i duchowa**

**Krzysztof Korbel**

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
*k.korbel@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** geriatrica, gerontologia, medycyna paliatywna, fizjoterapia.

**Wprowadzenie.** Fizjoterapia jest jedną z prężnie rozwijających się dyscyplin medycznych, która nie tylko stanowi formę metod leczniczych wykorzystujących w swojej istocie zjawiska fizyczne jak i kinezyterapeutyczne, ale również pełni formę prewencyjną znajdując zastosowanie w każdej specjalności lekarskiej. Proces rozwoju techniki inżynierskiej, odkryć naukowych przekłada się na zwiększenie przeżywalności. Nieobojętny staje się fakt emigracji młodego pokolenia, jak również spadek urodzeń poprzez świadome działanie warunkujące zdobycie kariery. Powyższe aspekty powodują w globalnym obrazie społecznym zauważalny wzrost starszego pokolenia, które w najbliższym 20-leciu będzie dominować.

**Cel.** Ukazanie różnic występujących w postępowaniu z pacjentem geriatricznym. Sposób diagnozowania, rozpoznawania w ujęciu schorzeń współistniejących. Wskazanie istoty prognozy, ordynacji, kontroli wyników. Zwrócenie uwagi na aspekt godności każdego istnienia.

**Wnioski.** Każdy pacjent bez względu na wiek i rodzaj choroby powinien być traktowany w odpowiedni sposób. W postępowaniu z pacjentem geriatricznym najważniejsze jest osiągnięcie zdolności warunkujących sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym, niepowodujących nadmiernego zmęczenia i traumy psychicznej w związku z dążeniem do tego celu. Każdy człowiek ma prawo do godnej opieki, która zapewni mu poczucie bezpieczeństwa i wewnętrznego spokoju na każdym etapie życia.

## **Hipotonia ortostatyczna u pacjentów geriatricznych. Etiopatogeneza i rehabilitacja**

**Wojciech Garczyński<sup>1</sup>, Anna Lubkowska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Fizjoterapii „Panaceum”, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu, Wydział Zamiejscowy w Szczecinie, ul. Broniewskiego 9, 71-460 Szczecin

<sup>2</sup> Katedra Fizjologii, Wydział Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Szczeciński, al. Piastów 40b, blok 6, 71-065 Szczecin  
*w.garczyński@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** hipotonia ortostatyczna, rehabilitacja, geriatrica.

Hipotonia ortostatyczna, wynikająca z upośledzonej adaptacji układu krążenia do zmiany pozycji ciała jest częstym problemem wśród pacjentów w podeszłym wieku. W dużej mierze zależy od sposobu pionizacji i wiąże się ze znaczną umieralnością. Ostra postać hipotonii ortostatycznej jest zwykle skutkiem farmakoterapii, odwodnienia, utraty krwi czy niewydolności nadnerczy. Postać przewlekłą charakteryzują zaburzenia mechanizmów regulujących ciśnienie krwi i dysfunkcje wegetatywnego układu nerwowego. Ocena diagnostyczna wymaga zebrania wywiadu chorobowego, regularnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi o różnych porach dnia, także po posiłkach i po przyjęciu leków. W większości wypadków, leczenie rozpoczyna się od działań nefarmakologicznych, stosowania zapobiegawczych manewrów fizykalnych. Jeśli działania te okażą się niewystarczające wprowadza się leczenie farmakologiczne. Właściwa diagnostyka i leczenie znacznie ograniczają występowanie niepożądanych zdarzeń takich, jak upadki, złamania, pogorszenie funkcjonowania mięśnia sercowego.

## **Aspekt fizycznego i psychicznego deficytu pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów – rola rehabilitacji i edukacji**

**Marta Obrzud, Beata Jankowska, Izabella Uchmanowicz, Ewa Molka**

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich  
*bianko@poczta.onet.pl*

**Słowa kluczowe:** reumatoidalne zapalenie stawów, deficyt bio-psycho-społeczny.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, zapalną, układową chorobą tkanki łącznej, o podłożu autoimmunologicznym. Choroba prowadzi do uszkodzenia integralności strukturalnej i funkcjonalnej narządu ruchu, czego konsekwencjami są niepełnosprawność, kalectwo i przedwczesna śmierć chorych. Celem pracy była ocena występującego deficytu w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego,



zawodowego, której dokonano za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza własnego autorstwa. Badaną grupę stanowiło 50 pacjentów leczonych z powodu RZS na Oddziale Reumatologii, Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Samodzielność w czynnościach codziennych najczęściej ograniczona była z powodu bardzo silnych dolegliwości bólowych (21,3% ankietowanych potrzebowała pomocy w większości wykonywanych czynności, a 16,6% była całkowicie zależna od osób drugih). Ograniczenia aktywności socjalnych wynikały z dolegliwości bólowych oraz stopnia ciężkości toczącego się procesu chorobowego i najczęściej dotyczyły grup wiekowych: 30-40 lat (38,3%), 41-50 lat (38,8%), 51-60 lat (99%). RZS jest powodem występowania znaczącego deficytu w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, zawodowego i relacji społecznych. Nasilenie występowania ograniczeń bio-psycho-społecznych w znacznym stopniu zależy od czynników społeczno-demograficznych oraz klinicznych.

### **Możliwości fizjoterapii w leczeniu nowotworu jajnika**

**Weronika Kusibab, Żanna Fiodorenko-Dumas, Wojciech Tomasz Laber**

SKN Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*weronika\_03@tlen.pl*

**Słowa kluczowe:** nowotwór, jajnik, fizjoterapia.

Nowotwór jajnika jest niewątpliwie poważną chorobą narządu rozrodczego. W czasie jej trwania dochodzi do wielu istotnych zmian w organizmie kobiety. Przebyta operacja, utrata przydatków oraz chemioterapia w znacznym stopniu wpływają na jej dalsze życie i stan psychiczny. Schematem postępowania jest interwencja chirurgiczna, a następnie chemioterapia. Prowadzi to do wyniszczenia organizmu oraz złego stanu psychicznego pacjentki. Ważną rolę odgrywa tu personel medyczny, który na każdym kroku powinien wspierać pacjentkę oraz mobilizować ją do dalszego leczenia.

Niewątpliwie istotne znaczenie w całym tym procesie ma postawa fizjoterapeuty. To on powinien przygotować fizycznie pacjentkę do zabiegu, stąd tak bardzo ważna jest rehabilitacja przedoperacyjna. Rozmowa z chorą, czyli objaśnienie i wytłumaczenie celowości stosowanych interwencji chirurgicznych, a w późniejszym okresie zabiegów fizjoterapeutycznych, działa na nią uspokajająco oraz w pewnym stopniu zmniejsza stres. Z rehabilitacją pooperacyjną pacjentka spotyka się już w pierwszej dobie po zabiegu. Rehabilitant powinien także zasugerować pobyt w uzdrowisku. Przyjmowane zabiegi oraz odpowiednia opieka pomogą powrócić pacjentce do życia rodzinnego i zawodowego.

### **Postępowanie fizjoterapeutyczne u krytycznie chorych na oddziale intensywnej terapii**

**Weronika Gallert, Amelia Samotyj, Anna Świerzowicz**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*weronika.gallert@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** Oddział Intensywnej Terapii, hipokinezyja, fizjoterapia.

Oddział Intensywnej Terapii (OIT) jest podstawowym oddziałem szpitalnym, zajmującym się leczeniem pacjentów w stanie krytycznym. Poprzez intensywną terapię należy rozumieć leczenie chorych w stanie zagrożenia życia, za który uznaje się poważne zaburzenia lub ustanie podstawowych funkcji życiowych np. niewydolność oddychania, krążenia bądź śpiączka mózgową. Jak najszybsze wdrożenie postępowania rehabilitacyjnego u chorych leczonych na OIT jest niezmiernie ważne. Ma ono na celu zminimalizowanie możliwych powikłań intensywnego postępowania leczniczego oraz profilaktykę skutków unieruchomienia, które na tym oddziale są nieuniknione. W praktyce klinicznej, przy tak szeroko pojętym zagadnieniu, zróżnicowanych potrzebach oraz wymaganiach chorych, niezbędny jest odpowiedni dobór technik i indywidualizacja postępowania terapeutycznego.

## **Kompleksowa rehabilitacja poudarowa według zaleceń Deklaracji Helsingborgskiej 2006 Europejskich Strategii Udarowych**

**Inga Litvinova, Mariola Marczuk, Jarosław Milanowski**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*inga19@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** udar, rehabilitacja poudarowa, Deklaracja Helsingborgska.

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności w Europie. Zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz rekomendacjami Europejskiej Inicjatywy Udarowej (EUSI), każdy pacjent z udarem powinien mieć zapewnioną kompleksową rehabilitację oraz specjalistyczną opiekę prowadzoną na oddziale udarowym lub przez zespół udarowy. Postępowanie to powinno być dostosowane indywidualnie do potrzeb i możliwości każdego pacjenta. Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych określa ogólne zasady oraz zadania, jakie należy zrealizować do 2015 roku. Główny cel rehabilitacji to uzyskanie w 3 miesiące po udarze niezależności w czynnościach dnia codziennego przez ponad 70% pacjentów. Przedstawiono aktualne wytyczne Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD (na podstawie Deklaracji Helsingborgskiej 2006 Europejskich Strategii Udarowych) dotyczące organizacji wczesnej kompleksowej rehabilitacji poudarowej, funkcjonowania oddziałów udarowych i postępowania rehabilitacyjnego po udarze mózgu. Prześladowano rozwój opieki poudarowej i ewolucję tworzenia sieci oddziałów neurologicznych i rehabilitacyjnych prowadzących kompleksową rehabilitację poudarową na terenie Polski w latach 1997-2005.

## **Kompleksowa rehabilitacja mowy i ocena jakości życia u osoby po przebyłym udarze mózgu usprawnianej metodą „Dyna-lingua M.S.”**

**Monika Bartzyszyn, Wioletta Dziubek-Rogowska**

Akademia Wychowanie Fizycznego we Wrocławiu, al. Ignacego Jana Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław  
*monika\_bartzyszyn@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** udar, afazja, metoda „Dyna-lingua M.S.”, SF-36.

Holistyczne podejście do pacjenta jest podstawą współczesnej rehabilitacji. W przypadku udarów mózgu wielostronność działań terapeutycznych wynika z faktu zaburzenia wielu funkcji życiowych wymagających jednoczesnego zastosowania wielu form terapii. Działania te mają poprawić jakość życia pacjenta. Zaburzenie lub brak mowy w postaci afazji jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń neurologicznych wywierających znaczący wpływ na funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. Metoda „Dyna-lingua M.S.” jest uniwersalną metodą logopedyczną łączącą w sobie komponent psycholingwistyczny i psychomotoryczny. W pracy przedstawiono ocenę jakości życia pacjentki (po udarze krwotocznym mózgu przebyłym w 2005 roku) poddanej terapii logopedycznej metodą „Dyna-lingua M.S.”. Wyniki uzyskane przy zastosowaniu kwestionariusza SF-36 pozwoliły stwierdzić, iż terapia logopedyczna wpłynęła na znacząco poprawę jakości życia pacjentki zarówno w sferze fizycznej, jak i emocjonalnej.

## **Porównywanie efektów leczenia udaru mózgu w zakresie funkcji lokomocyjnych tradycyjną metodą usprawniania i metodą PNF po 6 miesiącach od wystąpienia incydentu**

**Jakub Brzyski**<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Rehabilitacji, Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Akademia Medyczna we Wrocławiu

<sup>2</sup> SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

*jakubbrzyski@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** usprawnianie po udarze, PNF, lokomocja.

**Cel pracy.** Przedstawienie problematyki udaru i porównanie dwóch modeli usprawniania: metody tradycyjnej i PNF, oraz ich skuteczności w powrocie pacjentów do pełnienia ról w życiu osobistym, społecznym i zawodowym.

**Material i metoda.** Badaniem objęto 30 osób (12 kobiet i 18 mężczyzn) podzielonych na dwie grupy po 15 osób. Średnia wieku - 53 lata. I grupa prowadzona była wg tradycyjnego modelu usprawniania, II grupa

wg koncepcji PNF. Do oceny wyników wykorzystano Index Barthel, skalę wg Lovett, skalę Ashworth i skalę zadowolenia 1-10, objaw Trendelenburga, Walking Time Test, Up and Go Test.

**Wyniki.** Przed terapią u wszystkich pacjentów czas testu Walking Time wynosił powyżej 15 sek. Po terapii w grupie I tylko 1 osoba, a w grupie II 7, uzyskało czas poniżej 15 sek. Na początku rehabilitacji czas testu Up and Go wynosił u wszystkich grup powyżej 19 sek. Po terapii w grupie I jedna, a w grupie II 9 osób uzyskało czas poniżej 19 sek. Liczba punktów w skali Barthel była porównywalna na początku terapii, lecz po jej zakończeniu była zdecydowanie większa w grupie II. Zadowolenie z terapii na początku było na tym samym poziomie, a po jej zakończeniu przeważało w grupie II.

**Wnioski.** Pacjenci rehabilitowani metodą PNF uzyskiwali lepsze efekty w każdej z badanych funkcji. Zasadne zatem jest wprowadzanie metody PNF od najwcześniejszych dni usprawniania pacjentów po udarze mózgu. Jednak w niektórych przypadkach metoda tradycyjna jest niezbędna podczas fizjoterapii u owych chorych.

### **Ocena skuteczności komputerowej rehabilitacji kognitywnej u pacjentów z deficytami poznawczymi po uszkodzeniu mózgu – doniesienie wstępne**

**Kamila Bytomska, Katarzyna Bukowska, Grzegorz Boczkowski**

Klinika Rehabilitacji Instytutu Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Opiekunowie: dr hab. Janusz Otfinowski prof. UJ, mgr Karolina Probosz

*kamila.by@wp.pl*

**Cel.** Praca ma na celu próbę oceny skuteczności rehabilitacji procesów poznawczych z wykorzystaniem programów komputerowych u pacjentów po uszkodzeniach mózgu.

**Material i metody.** Badaniem objęto dwunastu pacjentów leczonych w latach 2007-2008 na Oddziale Dziennym w Klinice Rehabilitacji UJ CM w Krakowie z powodu urazu czaszkowo-mózgowego (2 przypadki), udarów – krwotocznego (1 przypadek) i niedokrwiennych (5 przypadków), herpetycznego zapalenia mózgu (2 przypadki), globalnego niedokrwienia mózgu (1 przypadek) i obustronnego zawału płatów czołowych (1 przypadek). Średni wiek to 50 lat (25-71). Badani uczestniczyli w kompleksowej, wspomaganej komputerowo rehabilitacji obejmującej usprawnianie deficytów poznawczych. Do oceny efektu terapii zastosowano Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (testem Mini-Mental), elementy z Zestawu prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu Włodzimierza Łuckiego oraz krzywą uczenia się.

**Wyniki.** Badani pacjenci wykazali poprawę w zakresie upośledzonych funkcji średnio o 12%. Efekty rehabilitacji poszczególnych osób były związane z motywacją oraz zaangażowaniem w proces terapeutyczny.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wskazują na skuteczność tej formy usprawniania chorych z deficytami poznawczymi. W związku z niewielką powszechnością metody oraz dalszym rozwojem neuropsychologii wskazane są dalsze badania.

### **Miometryczna ocena sztywności mięśnia ramiennie-promieniowego podczas utrzymywania siły na poziomie 50% MVC**

**Krzysztof Holeczko, Grzegorz Kwiotek**

Katedra Kinezylogii, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Opiekun Naukowy: dr Jarosław Marusiak

*kholeczko@op.pl*

**Słowa kluczowe:** myoton, sztywność mięśniowa.

Siłę na poziomie 50% MVC można utrzymać bez jej spadku przez czas około 1 minuty. Yamada i wsp. (2008) wykazali, że podczas utrzymania siły na powyższym poziomie w czasie 1 minuty w mięśniu mogą wystąpić zmiany zmęczeniowe spowodowane hipoksją. Powyższe zmiany zmęczeniowe mogą następnie wpływać na sztywność. Celem badania było zmierzenie sztywności mięśnia ramiennie-promieniowego podczas utrzymania siły w skurczu izometrycznym na poziomie 50% MVC. Grupę badaną stanowiło 15 zdrowych studentów AWF w wieku 15-25 lat, którzy nie uprawiali zawodowo żadnej dyscypliny sportowej. Do badań użyto aparatu Myoton 3 i stanowiska do badań biomechanicznych Biodyna. Wykonano pomiar sztywności mięśnia ramiennie-promieniowego w spoczynku i w skurczu na poziomie 50% MVC. Wykorzystano moduł Multiscan 20, polegający na zapisie 20 następujących po sobie odczytów. Odczyty podzielono na 4 następujące po sobie piątki, z których wyliczono wartości średniej arytmetycznej. Średnie dla poszczególnych piątek porównano za pomocą analizy wariancji.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy średnimi dla poszczególnych piątek, co świadczy o braku zmian sztywności w spoczynku i w skurczu na poziomie 50% MVC, podczas wykonania 20 odczytów (około 40 sekund). Może to wskazywać na brak zmian zmęczenia w trakcie zadanej próby.

Sztywność mięśnia podczas utrzymania siły na poziomie 50% MVC nie zmienia się w czasie wykonywania pomiaru.

### Ocena przestrzennego ustawienia miednicy za pomocą kątomierza elektronicznego w populacji dziewcząt zdrowych i ze skoliozą

Napiórkowska M.<sup>1</sup>, Graff K.<sup>1,2</sup>, Bronowski A.<sup>1</sup>, Domaniecki J.<sup>1</sup>,  
Stębowska J.<sup>1,2</sup>, Waszkiewicz M.<sup>2</sup>, Łukaszewska A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

<sup>2</sup> Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, Klinika Rehabilitacji Pediatricznej w Warszawie

**Wprowadzenie.** Ustawienie miednicy jest jednym z kluczowych czynników mających wpływ na postawę ciała. Niewiele jest jednak prac podejmujących tę problematykę wśród dzieci zdrowych i w wybranych patologich. Celem pracy jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy istnieją różnice w przestrzennym ustawieniu talerzy kości biodrowej w grupie dziewcząt zdrowych i u pacjentów ze skoliozą?

**Material i metody.** W badaniu wzięło udział 290 zdrowych dziewcząt w wieku 9-16 lat i 47 dziewcząt ze skoliozą. Pomiar kąta nachylenia zostały przeprowadzone za pomocą kątomierza elektronicznego własnej konstrukcji. Badano nachylenia talerza kości biodrowej jako kąt pomiędzy kolcem biodrowym przednim, a tylnym po stronie lewej i prawej.

**Wyniki.** Ustalono wartości referencyjne nachylenia kątów talerzy kości biodrowych po stronie lewej i prawej. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy kątem nachylenia prawego i lewego talerza biodrowego zarówno w grupie dzieci zdrowych i chorych, jak i pomiędzy badanymi grupami. Zgodnie z obserwacjami klinicznymi w obu badanych grupach zauważono tendencje do większego kąta nachylenia lewego talerza biodrowego.

**Wnioski.** Nieprawidłowości w ustawieniu talerzy kości biodrowych występują podobnie często w populacji dziewcząt zdrowych, jak i u dziewcząt ze skoliozą. W przypadku pacjentów ze skoliozą nieprawidłowo ustawiona miednica może być jedną z przyczyn, lecz niekoniecznie podstawowym czynnikiem sprawczym powodującym skrzywienie.

### Wartości referencyjne krzywizn kręgosłupa wśród dziewcząt warszawskich w wieku 9-16 lat mierzona plurimetrem Rippstein'a

Aleksander Bronowski<sup>1</sup>, Krzysztof Graff<sup>1,2</sup>, Marta Napiórkowska<sup>1</sup>,  
Janusz Domaniecki<sup>1</sup>, Anna Łukaszewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

<sup>2</sup> Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, Klinika Rehabilitacji Pediatricznej w Warszawie

**Wprowadzenie.** Zmienność postawy ciała w czasie ontogenezy oraz dość znaczne różnice międzypersonalne powodują, iż jej ocena przysparza dużo trudności.

**Cel.** Celem pracy było określenie wartości referencyjnych dotyczących krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej w populacji zdrowych dziewcząt.

**Material i metody.** Badaniem postawy ciała objęto grupę 426 zdrowych dziewcząt w wieku od 9 do 16 lat. Pomiaru krzywizn kręgosłupa wykonywano na wysokości C7-Th1, Th3-Th4, L5-S1 oraz na kości krzyżowej (KK). Przed pomiarem krzywizn, plurimetr zerowano na wysokości przejścia piersiowo-łędźwiowego, a przy pomiarze kąta nachylenia kości krzyżowej plurimetr zerowano w stosunku do płaszczyzny podłoża.

**Wyniki.** Analiza wariancji wykazała brak różnic istotnych statystycznie dotyczących zmienności kąta lordozy łędźwiowej i kąta nachylenia kości krzyżowej w poszczególnych grupach wiekowych. Wartości referencyjne wynosiły odpowiednio dla LL=22,6 -37,3°; KK=65,4-76°. W przypadku pomiaru kąta na wysokości C7 i Th3-Th4 wyodrębniona po dwa przedziały wiekowe. Odpowiednio dla C7 przedziały: 9-12 lat oraz 13-16 lat o wartości kąta 25,1-40,9° i 28,1-45,1° oraz dla Th3-Th4 przedziały: 9-11 lat i 12-16 lat o wartości kąta 11,8-27,6° oraz 13,7-30,9°.

**Wnioski.** Znajomość prawidłowych wielkości krzywizn kręgosłupa jest niezbędna we wczesnej diagnostyce rozpoznania wad postawy i monitorowania postępów w prowadzonej fizjoterapii.

## **Rodzaje, metody leczenia oraz profilaktyka najczęstszych urazów występujących w tańcu towarzyskim**

**Irmina Pietrzak<sup>1</sup>, Iwona Demczyszak<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Kolegium Karkonoskie, Wydział Przyrodniczy w Jeleniej Górze

<sup>2</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*irmina.pietrzak@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** taniec towarzyski, uraz, leczenie, profilaktyka.

Taniec towarzyski jest jedną z dyscyplin, która charakteryzuje się wysokim stopniem występowania urazów sportowych. Można im zapobiegać poprzez wdrażanie odpowiedniej profilaktyki, jednak w niektórych przypadkach może być ona niewystarczająca. Wówczas należy zastosować adekwatnie dobrane do rodzaju dysfunkcji metody leczenia. Celem pracy była ocena częstości oraz rodzajów urazów występujących u osób uprawiających taniec towarzyski. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety. Wyniki badań własnych wykazały, że najczęściej występujące urazy to nagłe kontuzje w obrębie stawów kończyn dolnych oraz przewlekłe stany przeciążeniowe. Urazy dotyczyły najczęściej okolic stawów kolanowych i skokowych, w mniejszym stopniu okolic kręgosłupa, natomiast w najmniejszym kończyn górnych. Respondenci wykazali się dostateczną wiedzą z zakresu zasad profilaktyki w tańcu towarzyskim. Autorzy pracy podkreślają również znaczenie fizjoterapii, jako jednej z ważnych metod leczenia zachowawczego opisywanych urazów.

## **Stwardnienie rozsiane - fizjoterapia oraz niekonwencjonalne metody leczenia stosowane przez chorych**

**Kamila Kuźniar**

SKN Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*kamisaku@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** stwardnienie rozsiane, fizjoterapia, niekonwencjonalne metody leczenia.

Stwardnienie rozsiane jest demielinizacyjną chorobą neurologiczną, o podłożu autoimmunologicznym. Jedyną formą terapii w SM jest leczenie objawowe oraz modyfikujące przebieg choroby. Stwardnienie rozsiane, będąc chorobą postępującą, prowadzi do dużej niepełnosprawności i aby temu zapobiec należy, już od momentu rozpoznania, otoczyć pacjenta kompleksową opieką zespołu specjalistów. Kompleksowa rehabilitacja chorych na SM powinna obejmować usprawnianie ruchowe - kinezyterapię, terapię zabiegami fizykalnymi oraz możliwość uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych prowadzonych w sanatoriach. Rodzaj usprawniania dobiera się dla pacjenta bardzo indywidualnie, biorąc pod uwagę występujące u niego objawy oraz ogólny stan kliniczny. Wielu pacjentów sięga po alternatywne formy terapii, pokładając w nich nadzieję na poprawę zdrowia, jednak badania kliniczne nie dowiodły skuteczności żadnej z tych metod. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że tego typu terapiami bardzo często zajmują się osoby niewykwalifikowane i nierzadko oszuści. Chorzy na stwardnienie rozsiane wymagają indywidualnego traktowania w każdym aspekcie leczenia. Łączenie terapii i korzystanie z pomocniczych zabiegów jest wskazane, jednak zawsze należy kierować się zdrowym rozsądkiem i postępować z umiarem.

## **Klawiterapia jako metoda rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym**

**Marcin Mościcki, Michał Stuce, Paweł Warężak, Magdalena Wiśniewska**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*stiuseek@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** klawiterapia, stwardnienie rozsiane.

Stwardnienie rozsiane (SM) to choroba przewlekła. Związane z nią dolegliwości często zmuszają chorych do rezygnacji z wielu codziennych czynności. Oznacza to okresowy, ale nie całkowity brak ruchu. Po takim czasowym „wyłączeniu” okazuje się, że pacjent nie może wrócić do poprzedniej sprawności bez pomocy rehabilitacji ruchowej. Metoda klawiterapii nie jest jeszcze zbyt znana większości chorym. Staje się ona coraz bardziej popularna i być może okaże się skuteczna na tyle, iż stanie się jedną z głównych metod leczenia

stwardnienia rozsianego. Klawiterapia to odruchowa biocybernetyczna metoda nieinwazyjna mająca zastosowanie w resocjalizacji pedagogicznej. Działa na organizm człowieka odtruwająco i oczyszczająco, reguluje układy: trawienny, wegetatywny, enzymatyczny i hormonalny. Celem tej pracy jest przybliżenie klawiterapii, jako jednej z metod rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym.

### **Fizjoterapia w dystrofii mięśniowej typu Duchenne’a**

**Malwina Knuth, Grzegorz Tyszkowski**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*malwinka.sarenka@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** dystrofia mięśniowa, fizjoterapia, rehabilitacja.

Dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a zaliczana jest do chorób mięśniowych, genetycznych i postępujących o złym rokowaniu. Brak białka - dystrofiny, zawierającego się w błonach komórkowych mięśni szkieletowych oraz mięśnia sercowego doprowadza do zwyrodnień oraz ich nieodwracalnego zaniku. Ta postać dystrofii daje o sobie znać już między drugim a piątym rokiem życia, a jej szybka progresja często nie pozwala osiągnąć wieku dojrzałego. Zaniki początkowo dotyczą jedynie najbardziej zaangażowanych grup mięśniowych, prowadząc do unieruchomienia. Kolejne zmiany pojawiają się w obrębie mięśni posturalnych, oddechowych oraz mięśnia sercowego.

Leczenie usprawniające dzieci z dystrofią mięśniową typu Duchenne’a jest niezwykle znaczące, gdyż często jest czynnikiem warunkującym jakość oraz długość życia tych pacjentów. Ze względu na postępujący charakter choroby, fizjoterapię należy rozpocząć już przed widocznymi objawami zaników mięśniowych. Konieczna dla fizjoterapeuty jest znajomość sekwencji pojawiania się ograniczeń ruchomości. Już u sprawnego pacjenta należy wytwarzać mechanizmy adaptacyjne tak, aby przy całkowitym upośledzeniu funkcji był on w stanie utrzymać swoją samodzielność. Systematyczna praca nad słabnącymi mięśniami pozwala dłużej utrzymać sprawność chorego w zakresie samodzielnej lokomocji, oraz prawidłowego funkcjonowania układu krążeniowo-oddechowego.

### **Wpływ Aktywnej Rehabilitacji na funkcjonowanie osób po urazie rdzenia kręgowego**

**Michalina Zembaty**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*m-zembaty@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** tetraplegia, paraplegia, aktywna rehabilitacja, samoobsługa.

Stale rozwijająca się cywilizacja powoduje, że liczba osób niepełnosprawnych wzrasta. Zmianie ulegają również działania umożliwiające powrót do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Kompleksowe rozwiązywanie problemów osób po urazie rdzenia wykracza poza obszar rehabilitacji medycznej. Naprzeciw tym potrzebom wychodzi system Aktywnej Rehabilitacji (AR), który swoje działanie opiera na poprawie samodzielności w zakresie czynności dnia codziennego. Celem badań było określenie wpływu Aktywnej Rehabilitacji na wzrost samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych. Badaną grupę stanowiło 37 osób z urazem rdzenia kręgowego (URK), które pierwszy raz uczestniczyły w obozach organizowanych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji. W badaniu ankietowym oceniany był poziom samodzielności przed i po obozie. Uzyskane wyniki wskazywały, że program usprawniania proponowanych przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji ma rzeczywisty wpływ na samodzielność osób z urazem rdzenia. Niezależnie od jej stopnia przed obozem, zawsze istnieje możliwość poprawienia poziomu samoobsługi.

## **Masaż kobiet w ciąży**

**Małgorzata Sklarek, Magdalena Suliga, Marta Sokółowska**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*gosiak.sklarek@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** masaż, ciąża.

W pracy przedstawiono korzyści płynące z masażu, szczególnie w tak istotnym dla każdej kobiety czasie, jakim jest okres przygotowania do macierzyństwa. Podkreślono również rolę dotyku, który buduje i umacnia silną więź emocjonalną nie tylko matki, ale również ojca lub partnera, z jeszcze nienarodzonym maleństwem. Ukazano techniki i pozycje ułożeniowe, które są najdogodniejsze i najbardziej komfortowe dla przyszłych mam. Wskazano miejsca szczególnie narażone na zbyt duże obciążenia, napięcia oraz opuchliznę. To niezwykle ważne, aby kobieta w ciąży, w czasie trwania masażu, odczuwała ulgę przy bolących plecach lub opuchniętych kończynach dolnych. Ciąża sama w sobie jest pięknym czasem oczekiwania i nadziei, zatem warto dbać o to, by wiązała się jedynie z tymi, jakże przyjemnymi uczuciami, a nie z utratą pięknej skóry i zgrabnej sylwetki. Obecnie masaż u oczekujących dziecka kobiet znajduje i gromadzi coraz więcej zwolenników. Polecany jest często jako bardzo dobry sposób nie tylko leczenia, ale również umacniania więzi i poczucia bezpieczeństwa między dzieckiem a najbliższymi osobami.

## **Fizjoterapia w przepuklinie oponowo-rdzeniowej**

**Pawlos Mandzios, Andrzej Pluta-Łobacz, Marcin Socki**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*andrzejplutalobacz@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** przepuklina oponowo-rdzeniowa, rozszczepienie kręgosłupa, fizjoterapia.

Fizjoterapia dzieci dotkniętych przepukliną oponowo-rdzeniową jest bardzo skomplikowanym procesem wymagającym ogromnego poświęcenia i zaangażowania rodziców, lekarzy specjalistów oraz rehabilitantów. Ważne jest, aby na każdym etapie niezawodną była szeroko pojęta współpraca, potrzebna do efektywnego leczenia. Proces usprawniania jest bardzo długotrwały i wyczerpujący. Trwa od fundamentalnego początku jakim jest zabieg operacyjny, aż do późniejszego prowadzenia ćwiczeń z zakresu kinezyterapii i licznych metod specjalnych.

## **Trudności w budowaniu więzi z dzieckiem z Zespołem Downa lub innymi wadami wrodzonymi w odniesieniu do dzieci zdrowych**

**Marlena Błażejczyk, Ludwika Sadowska**

Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Słowa kluczowe:** Zespół Downa, poziom więzi, funkcja syntetyczna  $Z_{PWMD}$ .

**Wprowadzenie.** Prawidłowa więź uczuciowa z matką od pierwszych miesięcy życia daje dziecku poczucie bezpieczeństwa, miłości i przynależności osobowej, a trudności powstające w budowaniu więzi z dzieckiem niepełnosprawnym wymagają wczesnej interwencji specjalistycznej w celu zapobiegania procesowi deprywacji.

**Cel pracy.** Określenie czynników ryzyka w kształtowaniu się więzi między matką i dzieckiem z Zespołem Downa (ZD) lub z widocznymi cechami dysmorficznymi (DM) od urodzenia w porównaniu z grupą kontrolną (GK) dzieci zdrowych.

**Materiał i metoda.** 30 dzieci z Zespołem Downa i 20 z wadami dysmorficznymi oraz ich matki, zbadano przy pomocy własnego kwestionariusza badania, zawierającego informacje zwane cechami diagnostycznymi ( $X_1$ - $X_{108}$ ) o rodzinie, przebiegu ciąży, porodu i okresu noworodkowego i interakcjach w diadzie matka-dziecko, uwzględniając zaangażowanie, trudności w opiece i terapii nad dzieckiem. Uzyskane informacje pozwoliły na

skonstruowanie modelu syntetycznej funkcji diagnostycznej według Kreffft, opisujące poziom interakcji, więzi uczuciowej i zaangażowanie matki w terapię dziecka.

**Wnioski.** Analiza statystyczna wykazała, że najwyższy poziom więzi emocjonalnej występuje w grupie dzieci z Zespołem Downa, nieistotnie niższy w grupie dzieci z dysmorfia, a różnice w porównaniu z grupą kontrolną istotne statystycznie ( $p < 0,005$ ), przy czym duże trudności w opiece i terapii warunkują zaangażowanie emocjonalne matek.

### **Analiza częstości występowania wad postawy ciała u dzieci głuchych, głuchoniemych w porównaniu do dzieci zdrowych w aglomeracji łódzkiej- badanie pilotażowe**

**Karolina Szulkowska, Magdalena Fronczek**

SKN Fizjoterapii przy Klinice Rehabilitacji Medycznej Wydziału Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Opiekun pracy: prof. dr hab. n. med. Jolanta Kujawa, Klinika Rehabilitacji Medycznej II Katedry Ortopedii UM w Łodzi  
*karolina.szulkowska@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** postawa ciała, dzieci głuchonieme, rozwój postawy ciała.

**Wstęp.** Kształtowanie postawy ciała jest ściśle związane z rozwojem osobniczym człowieka, w którym procesy różnicowania, wzrastania oraz dojrzewania przebiegają etapami. Jednym z bardzo ważnych i szczególnie niebezpiecznych etapów posturogenezy jest koniec okresu przedszkolnego (6-7 lat). Narząd słuchu w dużej mierze uczestniczy w procesie kontroli sensomotorycznej postawy, koordynacji pracy mięśni posturalnych i sprawności reakcji równoważnych.

**Cel pracy.** Ocena częstości występowania wad postawy ciała u dzieci głuchych oraz głuchoniemych w porównaniu do dzieci zdrowych w aglomeracji łódzkiej.

**Material i metody.** Grupę badawczą stanowi 60 losowo wybranych dzieci, uczniów szkół podstawowych, w wieku od 8-10 lat. Pierwszą 30 osobową grupę stanowią osoby głuche i głuchonieme, natomiast grupę porównawczą stanowią dzieci zdrowe. Grupa pierwsza podzielona zostanie na 3 10-osobowe podgrupy: grupę A będą stanowią dzieci w wieku lat 8, B - dzieci w wieku lat 9 oraz grupę C - dzieci w wieku lat 10. Analogiczny podział zostanie wprowadzony w grupie dzieci zdrowych. Wszyscy ochotnicy poddani zostaną badaniu fizjoterapeutycznemu, które dotyczy oceny postawy ciała. Badanie obiektywizujące zaplanowano z wykorzystaniem Komputerowego Badania Postawy Ciała - Mora 4Generacji.

**Wyniki.** Badania wykazały znaczne odchylenia w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała dzieci głuchych oraz głuchoniemych w porównaniu do dzieci zdrowych. Wykazano, iż u dzieci głuchych i głuchoniemych, wady postawy ciała występują częściej w porównaniu do dzieci słyszących.

**Wnioski.** Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż narząd słuchu pełni ważną rolę w rozwoju kontroli sensomotorycznej postawy. Zaburzenia postawy ciała częściej występują u dzieci głuchych i głuchoniemych niż u ich zdrowych rówieśników.

### **Motoryczność niewidomych dzieci objętych programem wczesnej interwencji**

**Justyna Żyłka, Izabela Rutkowska**

Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego  
ul. Marymoncka 34, 00-968 Warszawa  
*zylciaj@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** niewidome dzieci, rozwój motoryczny, wczesna interwencja.

Wiedza na temat odrębności rozwojowych dzieci niewidomych, zwłaszcza w zakresie motoryczności, ma istotne znaczenie dla doboru odpowiedniego postępowania fizjoterapeutycznego, stanowiącego element wczesnej interwencji względem tej populacji. Celem pracy była analiza istniejącego piśmiennictwa dotyczącego rozwoju motorycznego dzieci niewidomych od urodzenia bez współistniejących dysfunkcji w porównaniu do pełnosprawnych rówieśników oraz określenie znaczenia wczesnej interwencji dla rozwoju dzieci niewidomych, ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływania fizjoterapeutycznego. Aktualny stan wiedzy na temat rozwoju motorycznego niewidomych dzieci oraz teoretycznych podstaw wczesnego wspomaganie ich rozwoju został zbadany pod kątem naukowo uzasadnionych zadań fizjoterapii dzieci z wrodzonym, całkowitym uszkodzeniem wzroku, które powinny stanowić podstawę oddziaływań terapeutycznych z zakresu wczesnej interwencji.



## **Postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych po przebytym zawale mięśnia sercowego**

**Marta Ceranowicz, Marta Gawryjolek**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*m\_ceranowicz@interia.pl*

**Słowa kluczowe:** zawał serca, rehabilitacja kardiologiczna, fizjoterapia.

Choroby układu krążenia należą do chorób społecznych naszej cywilizacji i z tego powodu są jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny, kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej. Szczególną uwagę należy zwrócić na zawał serca. Celem pracy jest przedstawienie postępowania fizjoterapeutycznego po przebytej ostrej niewydolności serca, czyli zawale serca. W zależności od potrzeb pacjenta stosuje się takie formy leczenia, jak farmakoterapię, psychoterapię czy leczenie dietetyczne. Ważne miejsce wśród metod leczenia stosowanych w chorobach serca zajmują metody fizjoterapeutyczne. W pracy przedstawiono także, jakimi metodami diagnostycznymi dysponuje współczesna medycyna i jaki wpływ mają one na leczenie i rehabilitację.

## **Rehabilitacja metodą NDT-Bobath dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym**

**Magdalena Dubis<sup>1</sup>, Anita Pietruszewska<sup>1</sup>, Iwona Demczyszak<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Katedra Fizjoterapii WNoZ, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*magdalena.dubis@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** NDT-Bobath, rehabilitacja, mózgowie porażenie dziecięce.

Metoda NDT Bobath została opracowana dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (m.p.dz.). Głównym założeniem metody jest spostrzeżenie, iż u dzieci w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego dochodzi do zaburzenia aktywności antygravitacyjnej tzn. mają one trudności z kontrolą głowy, tułowia, miednicy i kończyn w warunkach grawitacji. Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym rozwijają nieprawidłowy, kompensacyjny, mechanizm odruchu postawy, charakteryzujący się hipotonią posturalną, dominacją tonicznych odruchów postawy i zaburzonym unerwieniem recyprokalnym. W efekcie zaburzona jest dystrybucja napięcia mięśniowego. Autorzy pracy na podstawie analizy piśmiennictwa przedstawiają najważniejsze aspekty opisywanej metody szeroko stosowanej w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

## **Postępowanie fizjoterapeutyczne w leczeniu zerwania i rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego**

**Maciej Dutka**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*maciekdutka@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja, więzadło krzyżowe przednie, rekonstrukcja.

Urazy stawu kolanowego, a zwłaszcza zerwania więzadła krzyżowego przedniego należą do jednych z najczęściej występujących urazów wśród sportowców, aktywnej młodzieży oraz u osób starszych. Taka częstość występowania zmusza zarówno lekarzy, jak i fizjoterapeutów do ciągłego modyfikowania postępowania tak, by było ono jak najkrótsze, a zarazem jak najbardziej efektywne. Poszukiwanie i wprowadzanie coraz to nowszych sposobów operacyjnych skróciło pobyt chorego w szpitalu oraz umożliwiło szybsze wdrożenie postępowania usprawniającego. Okres rehabilitacji trwający prawie 9 miesięcy dla niektórych może wydawać się bardzo długim. Należy jednak zaznaczyć, że już między 2 a 6 tygodniem pacjent może samodzielnie chodzić. Stosowanie zaopatrzenia ortopedycznego (stabilizatorów) dodatkowo wspomaga rehabilitację, zapobiegając nawrotowi uszkodzenia oraz podtrzymując osiągnięte już efekty zabiegów fizjoterapeutycznych.

## **Nordic Walking – nowa forma aktywności fizycznej stosowanej w prewencji i rehabilitacji**

**Dominika Hawro<sup>1</sup>, Iwona Demczyszak<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Kolegium Karkonoskie, Wydział Przyrodniczy w Jeleniej Górze

<sup>2</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*dominika908@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** Nordic Walking, aktywność fizyczna, prewencja, rehabilitacja.

Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania nowej formy aktywności fizycznej jaką jest Nordic Walking w rehabilitacji. W oparciu o najnowszą literaturę autorzy pracy analizują sposoby doboru parametrów w zależności od rodzaju treningu. Ważnym aspektem jest również prawidłowe monitorowanie organizmu w trakcie trwania wysiłku. Szczegółowo przedstawiono zakres wskazań oraz przeciwwskazań do opisywanej formy ruchu. Należy podkreślić, że Nordic Walking to forma aktywności ruchowej, która może być stosowana u osób w różnym wieku i o różnym poziomie sprawności fizycznej. Ta specyficzna forma ruchu jest przydatna zarówno w profilaktyce, jak również jako element wspomagający proces rehabilitacji u pacjentów z różnymi dysfunkcjami.

## **Zespół zaniedbywania jednostronnego – charakterystyka kliniczna, diagnostyka i postępowanie rehabilitacyjne**

**Łukasz Kokoszka, Kornel Lipiński**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*kokoszka.lukasz@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** zespół zaniedbywania jednostronnego, diagnostyka, rehabilitacja, neuropsychologia

Zespół zaniedbywania jednostronnego jest to zaburzenie neuropsychologiczne, które może występować u pacjentów z uszkodzeniami prawej (lub rzadziej lewej) półkuli mózgowej. Jest ono definiowane jako trudność w reagowaniu i odpowiadaniu na bodźce, prezentowane w przeciwległej do uszkodzenia części przestrzeni. Jest również opisywane jako obniżenie sprawności jednej połowy ciała, które nie może być wyjaśnione podstawowymi deficytami sensomotorycznymi. Niniejsza praca przedstawia charakterystykę kliniczną, diagnostykę oraz postępowanie rehabilitacyjne w tym zespole.

## **Rehabilitacja metodą NDT Bobath w mózgowym porażeniu dziecięcym**

**Daria Kotecka, Marta Kwasek, Wojciech T. Laber**

SKN Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*daria\_2001@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** mózgowy porażenie dziecięce, NDT Bobath.

Mózgowe porażenie dziecięce to niepostępujące zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego wywołane czynnikiem który wystąpił w trakcie jego kształtowania. Dotyczy coraz więcej dzieci. Średnio są to 3 przypadki na 1000 żywych urodzeń. Śmiało można więc określić tę jednostkę jako chorobę XXI wieku. Usprawnianie dzieci z mózgowym porażeniem metodą NDT Bobath pozwala na usunięcie przeszkód, które blokują prawidłowe wzorce posturalne i ruchowe. Dodatkowo dostarcza i wzmacnia prawidłowe doświadczenia sensomotoryczne. Pozwala to osiągnąć dziecku jak największą samodzielność, co ułatwia mu życie. Wszystkie ruchy są prowadzone, a później tylko stymulowane przez rękę fizjoterapeuty. Taki kontakt z dzieckiem pozwala na szybką ocenę postępów dziecka przez obserwację reakcji na „manipulację”. Terapeuta musi być więc doskonale wyszkolony, żeby prawidłowo prowadzić rehabilitację i odpowiednio dostosować manipulacje punktami kluczowymi. Z tego względu kurs metody NDT Bobath jest długotrwały i dokładny, zawiera 3 stopnie (pierwszy trwa 3 miesiące) z zachowaniem rocznych przerw. Metoda NDT Bobath jest bardzo skuteczna również ze względu na jej charakter. Pozwala na prowadzenie ćwiczeń w formie zabawy (nie jest agresywna) ułatwiając tym samym na większe zaangażowanie dziecka. Podstawy mogą być również wykorzystywane przez rodziców w domu, co zdecydowanie zwiększa jej efektywność.

## **Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych po urazach kręgosłupa w wybranych dyscyplinach sportowych**

**Wiktor Kraczo, Urszula Niemiec**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*w.kraczo@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja, urazy sportowe, kręgosłup.

Dolegliwości związane z kręgosłupem są znane ludzkości od dawna. Przez wiele lat uważano, że bóle te rozwijają się na podłożu zapalnym jego tkanek, głównie tkanki nerwowej. Koncepcja ta została jednak zastąpiona nową, która podawała za przyczynę zmiany zwyrodnieniowe. Następne podejrzenia były kierowane na krążki międzykręgowy. Ostatecznie, za najbardziej prawdopodobne, zostały uznane, nakładające się na siebie zmiany przeciążeniowe, które ulegają znacznemu przyspieszeniu podczas nieprawidłowego uprawiania, tak powszechnych sportów, jak podnoszenie ciężarów i bieganie (które jest najprostszą i zarazem najtańszą formą aktywności fizycznej). Dzięki dynamicznie rozwijającej się diagnostyce oraz medycynie fizykalnej i rehabilitacji można w szybki i ogólnie dostępny sposób rozpoznać dolegliwość i rozpocząć realizację odpowiednio ułożonego programu usprawniającego. Należy mieć na uwadze, że sportowcy wysokiej klasy często bagatelizują dolegliwości, obawiając się straty finansowej. Paradoksalnie, większość populacji zgłasza nawet niewielkie bóle odkręgosłupowe, chcąc uzyskać odszkodowanie pracownicze bądź odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu. Wyraźnie rysuje się stwierdzenie, że motywacja powrotu do zdrowia może być zdecydowanie różna w zależności od sytuacji.

## **Postępowanie rehabilitacyjne u chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc**

**Anna Malolepsza, Maria Dziedziela, Paweł Diudiuk, Jan Dubniewicz, Tomasz Pietch**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław  
*anna.malolepsza@gmail.com*

**Słowa kluczowe:** POChP, fizykoterapia, kinezyterapia, masaż, balneoterapia

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) (ang. COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease, łac. *morbis obturativus pulmonum chronicum*) – jednostka chorobowa charakteryzująca się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Najczęstszą przyczyną jest odpowiedź zapalna ze strony układu oddechowego na szkodliwe pyły i substancje (w tym przede wszystkim dym tytoniowy), z którymi chory zetknął się podczas swojego życia. Leczenie ma charakter objawowy. POChP jest chorobą nieuleczalną, a wszelkie działania fizjoterapeutyczne mają na celu spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta. Autorzy pracy zawarli konkretne informacje dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego, uwzględniając podział na fizykoterapię, kinezyterapię, masaż i leczenie balneologiczne.

## **Przydatność elektrostymulacji w leczeniu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym**

**Monika Sobolak<sup>1,2</sup>, Iwona Demczyszak<sup>1,3</sup>, Justyna Wygaś<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Kolegium Karkonoskie, Wydział Przyrodniczy w Jeleniej Górze

<sup>2</sup> Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, AWF Wrocław

<sup>3</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

*monikasobolak@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** mózgowie porażenie dziecięce, spastyczność, tonoliza, elektrostymulacja.

Mózgowe porażenie dziecięce (m.p.dz.) zajmuje szczególne miejsce wśród chorób układu nerwowego u dzieci, głównie ze względu na złożoność problemów jakie się z nim wiążą. Nie dziwi, więc fakt, iż ostatnie dziesięciolecia przyniosły wzrost zainteresowania tą chorobą specjalistów z różnych dziedzin, takich jak neurologia, rehabilitacja, ortopedia, psychologia, pedagogika, logopedia. Istotnym czynnikiem ograniczającym możliwość uzyskania poprawy sprawności manualnej oraz wydolności chodu dzieci z m.p.dz. jest wzmożone napięcie mięśniowe. Ze względu na niekorzystne funkcjonalne skutki, jakie powoduje spastyczność, od dawna poszukuje się skutecznych sposobów jej zwalczania. Oprócz leczenia farmakologicznego i chirurgicznego

zastosowanie znajduje kinezyterapia i fizykoterapia. Celem pracy jest przedstawienie zastosowania oraz przydatności tonolizy w zwalczaniu spastyczności u dzieci z m.p.dz.. Liczne badania wskazują na skuteczność i celowość zastosowania elektrostymulacji prądami małej częstotliwości, a wśród nich metody Hufschmidta oraz jej modyfikacji. Obydwie metody mają na celu zniesienie lub zmniejszenie spastyczności mięśni i wzmocnienie siły mięśni antagonistycznych. Elektrostymulacja stosowana selektywnie, jako jedyna metoda leczenia nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, ale jeżeli zastosowana zostanie jednocześnie z różnymi formami kinezyterapii zawierającej elementy metod neurorozwojowych, hipoterapii i hydrokinezyterapii, przyczyni się istotnie do lepszej efektywności usprawniania pacjentów z m.p.dz., a tym samym wpłynie na poprawę jakości ich życia.

### **Możliwości zastosowania wybranych form rehabilitacji w zaburzeniach psychicznych**

**Monika Sobolak<sup>1,2</sup>, Iwona Demczyszak<sup>1,3</sup>, Marta Koziol<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Kolegium Karkonoskie, Wydział Przyrodniczy w Jeleniej Górze

<sup>2</sup> Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, AWF Wrocław

<sup>3</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
*monikasobolak@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja, zaburzenia psychiczne.

Występowanie zaburzeń psychicznych we współczesnym świecie stanowi poważny problem społeczny. Do powstania wspomnianych zaburzeń przyczynia się wiele czynników. Wśród nich wymienić należy czynniki genetyczne, biologiczne i psychospołeczne. W leczeniu dysfunkcji psychicznych stosuje się farmakoterapię, psychoterapię oraz wybrane formy rehabilitacji. Zastosowanie różnorodnych form terapii w psychiatrii ma na celu zminimalizowanie ograniczeń psychofizycznych, a tym samym przywrócenie osobom z zaburzeniami psychicznymi możliwości funkcjonowania w społeczeństwie. Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania różnorodnych form terapii wspomagających leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi ze szczególnym uwzględnieniem szeroko pojętej rehabilitacji.

### **Protezy kończyn dolnych – postęp technologiczny oraz zastosowanie w sporcie**

**Aleksandra Burba, Elżbieta Hawrylewicz, Magdalena Konczalska, Karolina Krzak**

Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ul. Grunwaldzka 2, 50-355 Wrocław

*lagga@wp.pl*

**Słowa kluczowe:** sztuczne kończyny, wczesne protezowanie, sport, zaawansowana technologia.

W pracy przedstawiono genezę, etapy postępu technologicznego oraz miejsca produkcji protez w Polsce. Wykazano, że osiągnięcia naukowe każdej epoki wywierały znaczący wpływ na jakość produkowanych protez. Przedstawiono zalety szybkiego protezowania, które skraca proces standardowej rehabilitacji. Na końcu, na przykładzie Oscara Pistorius'a, pokazano, jak zastosowanie nowoczesnej technologii w sporcie amputantów może zmienić pozycję zawodnika niepełnosprawnego na sportowej arenie międzynarodowej.

### **Aktywność fizyczna u studentów regionu Jeleniogórskiego w badaniach własnych**

**Kajetan Niedbała<sup>1</sup>, Iwona Demczyszak<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Kolegium Karkonoskie, Wydział Przyrodniczy w Jeleniej Górze

<sup>2</sup> Zakład Rehabilitacji WLKP, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

*birhov@o2.pl*

**Słowa kluczowe:** sprawność fizyczna, zdrowie, promocja zdrowia, prozdrowotny styl życia.

Celem pracy było zbadanie aktywności fizycznej u studentów regionu Jeleniogórskiego. W szczególności poznanie preferowanych form ruchu, zbadanie motywów podejmowania aktywności fizycznej oraz poziomu wiedzy prozdrowotnej wśród studentów uczelni wyższej. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał badań stanowili studenci Kolegium Karkonoskiego w Jeleniej Górze. Wyniki badań w zakresie poziomu aktywności fizycznej wypadły zadowalająco, niepokojące natomiast są wyniki dotyczące

poziomu wiedzy w zakresie prozdrowotnym. Wyniki badań sugerują potrzebę tworzenia i wdrażania nowoczesnych kampanii i programów w zakresie promowania zdrowego stylu życia zarówno w formie teoretycznej, jak i praktycznej w populacji młodego pokolenia.

## **Diagnozowanie i terapia według metody McKenzie zespołów bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa**

**Marcin Kosowski**

SKN Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Katedra Fizjoterapii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
m.kosowski@wp.pl

**Słowa kluczowe:** MDT McKenzie, zespół bólowy kręgosłupa, przemieszczenie jądra miążdżystego.

Diagnozowanie i terapia opracowana przez Robina McKenzie stanowi jedną z alternatywnych metod rehabilitacyjnych rzucających nowe światło na leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Niniejsza praca, napisana na podstawie przeglądu literatury i publikacji, ma na celu przybliżenie metody MDT (*Mechanical Diagnosis and Therapy*) McKenzie, która to terapia w sposób kompleksowy pozwala podejść do postępowania leczniczego związanego z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. W skład pracy wchodzi omówienie historii, głównych założeń metody, diagnostyki, klasyfikacji zespołów zaburzeń mechanicznych oraz możliwości terapeutycznych metody. Robin McKenzie w oryginalny, a także przełomowy sposób opracował diagnozowanie zespołów bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa przyporządkowując je do jednej z trzech grup zaburzeń klinicznych. W skład nich wchodzi zespoły zaburzeń strukturalnych, dysfunkcyjnych oraz posturalnych. Każda z grup posiada zindywidualizowany program terapii oparty na stosowaniu procedur mechanicznych odpowiednich do występującej patologii. Skuteczność metody zarówno w diagnostyce, jak i terapii potwierdziły liczne badania, szczególnie te przeprowadzone w krajach anglosaskich. MDT McKenzie jest logicznym, prostym i tanim sposobem fizjoterapeutycznego diagnozowania pacjentów z bólem lędźwiowego odcinka kręgosłupa, jednak nie jest ona „złotym środkiem” obejmującym leczenie wszystkich rodzajów dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa, niezależnie od ich przyczyny. Bezsprzecznie terapia ta stosowana jednocześnie z klasycznymi zabiegami fizjoterapeutycznymi daje szerokie spektrum oddziaływania na uszkodzone struktury kręgosłupa, a zwłaszcza w przebiegu procesu degeneracyjnego krążka międzykręgowego.

## **Porównanie skuteczności wybranych zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów po złamaniach kończyn - doświadczenia własne**

**Renata Chrzan**

Poradnia Chirurgiczna Przychodni Specjalistyczno-Rehabilitacyjnej „Pulsantis” we Wrocławiu  
varka10@poczta.onet.pl

**Wprowadzenie.** Urazy kostno-stawowe stanowią ciągle duże wyzwanie dla współczesnej ortopedii i rehabilitacji. Najczęściej dochodzi do złamań kończyn. Są to głównie efekty upadków lub wypadków komunikacyjnych. Pacjentów z tego typu problemami obserwuje z roku na rok coraz więcej.

**Cel pracy.** Ocena wpływu wybranych zabiegów fizjoterapeutycznych na powrót sprawności kończyn górnych i dolnych po złamaniach.

**Materiał i metoda.** Materiał stanowiło 100 losowo wybranych chorych (50 kobiet i 50 mężczyzn) leczonych w tutejszej Poradni Chirurgicznej w latach 2006-2009 z powodu złamań kończyn dolnych lub górnych. Pacjenci byli poddawani leczeniu fizykalnemu po zdjęciu unieruchomienia. Zostali oni podzieleni na dwie pięćdziesięcioosobowe grupy porównywalne względem siebie pod względem wieku, płci i doznanego urazu. W pierwszej grupie chorych stosowano następujące zabiegi: jonoforezę z NLPZ, gimnastykę indywidualną oraz magnetoterapię. Drugą grupę chorych poddano działaniom ultradźwięków, stosując dawki słabe lub średnie, jonoforezy wapnia oraz stosowano gimnastykę indywidualną. Obie grupy otrzymały 3 serie po 10 zabiegów. Następnie porównywano ich skuteczność. Brano pod uwagę skuteczność działania przeciwbólowego oraz stopień zmniejszenia odruchowego napięcia mięśniowego.

**Wyniki.** W obu grupach nie obserwowano istotnych różnic odnośnie skuteczności przeciwbólowej, jak i stopnia zmniejszenia odruchowego napięcia mięśniowego.

**Wnioski.** Oba zestawy zabiegów można z powodzeniem stosować zamiennie u chorych leczonych z powodu złamań kończyn dolnych lub górnych.

# Partnerzy

