



WYŻSZA SZKOŁA
Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

XI OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA METODYCZNO - NAUKOWO - PRZEDMIOTOWA

„Współczesny masaż w fizjoterapii,
kosmetologii i medycynie estetycznej”

20 - 22 kwietnia 2017, Łódź

Patronat honorowy:



PREZYDENT MIASTA ŁÓDZI
HANNA ZDANOWSKA

Partnerzy:



Patroni medialni:



Organizator:



WYŻSZA SZKOŁA
Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

Patronat Naukowy:

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Biegański - Przewodniczący
dr n. med. Marek Kiljański
dr Elżbieta Ciejka
dr Bogusława Kowacka
dr Paweł Piątkowski
mgr Anna Drobnik

Patronat Organizacyjny:

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii: dr Marek Kiljański
Łódzki Oddział Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii: mgr Marcin Szczepanik
Sekcja Masażu przy Polskim Towarzystwie Fizjoterapii: dr hab. Krzysztof Kassolik

Komitet organizacyjny:

Dr Paweł Piątkowski - przewodniczący

Członkowie:

dr Bogusława Kowacka
dr Elżbieta Ciejka
mgr Anna Drobnik
Aleksandra Mysiakowska
Magdalena Kubiak

CZWARTEK, 20.04.2017 r.

- 09:00 – 10:00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW KONFERENCJI**
- 10:00 – 10:15 UROCZYSTE OTWARCIE KONFERENCJI**
- 10:15 – 10:35 WRĘCZENIE STATUETEK ZA ROZWÓJ I POPULARYZACJĘ MASAŻU W POLSCE**
- 10:35 – 11:15 Zdrowie uczestników wyprawy wysokogórskiej w aspekcie zdrowia kierownika wyprawy (40 min.)**
dr Piotr Pustelnik – Alpinista i himalaista, zdobywca Korony Himalajów i Karakorum
- 11:15 – 11:30 PRZERWA KAWOWA**
- PANEL I - MASAŻ W ŚWIETLE BADAŃ NAUKOWYCH DLA POTRZEB FIZJOTERAPII, KOSMETOLOGII I SPORTU**
- 11:30 – 12:05 Naukowa teoria układów stosowana w biologii jako podstawowa zasada metodyki masażu medycznego w terapii - masaż jako lek (35 min.)**
mgr Henryk Pawlak
Centrum Edukacyjno-Profilaktyczne Zespołu Wiotkiej Tkanki Łącznej o.o Bonifratrów, Wrocław
- 12:05 – 12:30 Korelacja filogenetyczna, czyli koordynacja topograficzna, jako podstawowa zasada w metodyce masażu medycznego w dysfunkcji aparatu wyprostnego stawu kolanowego (25 min.)**
mgr Sara Józwik
Centrum Edukacyjno-Profilaktyczne Zespołu Wiotkiej Tkanki Łącznej o.o Bonifratrów, Wrocław
- 12:30 – 12:45 PRZERWA KAWOWA**
- 12:45 – 13:10 Masaż medyczny w terapii neoadiuwentowej w dysfunkcji stawu biodrowego (25 min)**
mgr Henryk Pawlak
Centrum Edukacyjno-Profilaktyczne Zespołu Wiotkiej Tkanki Łącznej o.o Bonifratrów, Wrocław
- 13:10 – 13:35 Masaż medyczny w terapii adiuwentowej w niewydolności układu oddechowego (25 min.)**
mgr Sara Józwik
Centrum Edukacyjno-Profilaktyczne Zespołu Wiotkiej Tkanki Łącznej o.o Bonifratrów, Wrocław
- 13:35 – 14:00 Reedukacja czucia głębokiego aparatu wykonawczego układu oddechowego w dysfunkcji przepony (25 min.)**
mgr Sara Józwik
mgr Henryk Pawlak
Centrum Edukacyjno-Profilaktyczne Zespołu Wiotkiej Tkanki Łącznej o.o Bonifratrów, Wrocław
- 14:00 – 14:15 PRZERWA KAWOWA**

CZWARTEK, 20.04.2017 r.

- 14:15 – 14:45** **Masaż w schorzeniach internistycznych– badanie własne (30 min.)**
mgr Lech Wasilewski
- 14:45 – 15:05** **FIRMA GUNA POLSKA**
- 15:05 – 15:45** **Aspekt choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego w procesie usprawniania (40 min.)**
Prof. nadzw. UM dr hab. n.med. Marcin Domżański
1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.WAM Klinika Ortopedii i Traumatologii, Łódź
2. Uniwersytet Medyczny, Łódź
- 15:45 – 15:50** **PRZERWA KAWOWA**
- 15:50 – 16:10** **Spastyczność poudarowa – co fizjoterapeuta wiedzieć powinien (20 min.)**
dr Dariusz Lewera (I)
dr Bożena Bogut (II)
1. Zakład Gerontologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
2. Katedra Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu UM we Wrocławiu
- 16:10 – 16:55** **Otyłość – piękno czy udręka?... (45 min.)**
dr n.med. Elżbieta Rapacka
Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej, Międzywydziałowa Katedra Anatomii i Histologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź
- 16:55 – 17:15** **Masaż w zespole łokcia tenisisty (20 min.)**
mgr Dariusz Fielek
1. Solanki Uzdrowisko, Inowrocław
2. Metodyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Inowrocław
- 17:15 – 17:35** **Drenaż limfatyczny po usunięciu ślinianki podżuchwowej prawej z uwzględnieniem układów membranowych ciała – analiza przypadku (20 min.)**
mgr Piotr Żerebiec
mgr Andrzej Czapygin
Medyczne Studium Zawodowe im. S.Leszczyńskiego, Zamość

PIĄTEK, 21.04.2017 r.**PANEL 2 - JAK BYĆ LEPSZYM MASAŻYSTĄ**

- 10:00 – 10:45** **Zastosowanie masażu w leczeniu skolioz (45 min.)**
mgr Adam Zborowski
- 10:45 – 11:00** **FIRMA KOLAGEN - NCN**
- 11:00 – 11:15** **PRZERWA KAWOWA**
- 11:15 – 12:00** **Masaż w sporcie (45 min.)**
mgr Tomasz Podgórski
Szkoła Masażu Medikon, Warszawa
- 12:00 – 12:30** **Wykorzystanie czynnika kriogenicznego w masażu. Przykłady zastosowania masażu lodem w kosmetyce, ortopedii i sporcie (30 min.)**
mgr Beata Madej-Dziechciarow
mgr Bianka Lis-Jarczak
mgr Jacek Pieczyński
mgr Tomasz Kuczma
Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Ostrów Wielkopolski
- 12:30 – 12:50** **FIRMA HABYS**
- 12:50 – 13:05** **PRZERWA KAWOWA**
- 13:05 – 13:25** **Ocena przydatności masażu leczniczego i kinezyterapii w leczeniu Zespołu Bolesnego Barku (20 min.)**
mgr Wojciech Laber (1,2)
mgr Wojciech Tomasz Laber (1,3)
dr Roman Heider (1)
1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii, Wrocław
2. Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław
3. Zakład Profilaktyczno- Leczniczy „PROVITA”, Wrocław
- 13:25 – 14:10** **Współczesne możliwości chirurgii kręgosłupa (45 min.)**
dr n. med. Piotr Komuński
Oddział Neurochirurgii. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie, Zgierz
- 14:10 – 14:40** **Mononeuropathie kończyny górnej (30 min)**
dr n. med. Robert Rokicki
1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM Klinika Chirurgii Ręki, Łódź
2. Uniwersytet Medyczny, Łódź
- 14:50 – 15:30** **Psychiatryczne aspekty dolegliwości bólowych pacjentów (40 min.)**
dr n. med. Piotr Wierzbński, Łódź
- 15:30 – 15:50** **Zastosowanie preparatów kolagenowych dostawowo w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego i kolanowego (20 min.)**
lek. Jędrzej Lesman
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM Klinika Ortopedii i Traumatologii, Łódź
- 15:50 – 16:30** **Nowotwory narządu ruchu – spojrzenie masażyisty i fizjoterapeuty (40 min)**
Prof. nadzw. UM dr hab. n.med. Zbigniew Dudkiewicz
1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM Klinika Chirurgii Ręki, Łódź
2. Uniwersytet Medyczny, Łódź
- 16:30 – 16:40** **PRZERWA KAWOWA**
- 16:40 – 17:20** **Postawa ciała i jej związki z problemami stomatologicznymi (40 min.)**
dr Piotr Pawłowski
Klinika stomatologiczna Estetyka, Łódź
- 17:20 – 17:50** **Metodyka wykonywania i nauczania leczniczego masażu segmentalnego (30 min.)**
mgr Piotr Chyliński
Wydział Nauk Medycznych Wyższej Szkoły Mazowieckiej, Warszawa

SOBOTA, 22.04.2017 r.**PANEL 3 - JAK BYĆ LEPSZYM NAUCZYCIELEM MASAŻU - DOSKONALENIE METODYKI NAUCZANIA MASAŻU**

- 9:00 – 9:20** **Masaże ajurwedyjskie (20 min.)**
mgr Marek Wolny
Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 1, Poznań
- 9:20 – 9:40** **FIRMA STADA**
- 9:40 – 9:55** **FIRMA LURGUS**
- 9:55 – 10:05** **PRZERWA**
- 10:05 – 10:35** **Wykorzystanie diagnostyki metody FDM (Fascial Distortion Model) w ocenie efektów masażu w terapii bólu (30 min.)**
mgr Cezary Nenczak (1)
mgr Krzysztof Sowała (2)
mgr Zbigniew Pietras (2)
1. Wojewódzki Zespół Szkół Policealnych, Sztum
2. Zabrze
- 10:35 – 11:05** **Wpływ masażu tkanek głębokich na elastyczność struktur taśmy powierzchownej tylnej (30 min.)**
mgr Rafał Uryzaj (1)
mgr Anna Kuklińska (2)
dr Anna Cabak (3)
1. Centrum Masażu i Rehabilitacji Body-Relax, Poznań, Portal Serwis-masazysta.pl
2. Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
3. Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa
- 11:05 – 11:35** **Skuteczność jednorazowego zabiegu manualnego drenażu limfatycznego w zakresie redukcji obrzęku (30 min.)**
Sebastian Biały (1,3)
Natalia Małachwiej (2)
1. Szkoła Policealna Fizjoterapii (Polskie Towarzystwo Limfologiczne)
2. NSZOZ Limfmed (Polskie Towarzystwo Limfologiczne)
3. NZOZ Rehabilitacja s.c.
- 11:35 – 12:05** **Analiza powięziowych zależności w napięciowych bólach głowy (30 min.)**
dr Bogusława Kowacka
Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu, Łódź
- 12:05 – 12:15** **Od struktury do chwytu. Ale jakiego?" II część (10 min.)**
mgr Sebastian Pusiarski
Dolnośląski Specjalny Ośrodek Szkolno - Wychowawczy nr 13 dla Niewidomych i Słabowidzących im. Marii Grzegorzewskiej, Wrocław
- 12:15 – 12:45** **Zastosowanie wibracji w masażu – charakterystyka, metodyka wykonania, wpływ na organizm człowieka i zastosowanie w różnych jednostkach chorobowych na podstawie badań naukowych (30 min.)**
dr Paweł Piątkowski (1,2,3)
dr Kamil Piątkowski (2,4,5)
mgr Lucyna Nagórska (6,7)
1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM. Klinika Ortopedii i Traumatologii, Łódź
2. Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu Wydział Kosmetologii, Łódź
3. Wyższej Szkoły Informatyki i Umiejętności Wydział Pedagogiki i Promocji Zdrowia, Kierunek Fizjoterapii, Łódź
4. Centrum Medyczne Szpital Świętej Rodziny, Łódź
5. Publiczna Policealna Szkoła Medyczna, Łódź
6. Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Gniezno
7. NZ OZ Rehabilitacja Lecznicza, Trzemeszno
- 12:45** **ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI - LOSOWANIE NAGRÓD - STOŁU DO MASAŻU FIRMY HABYS ORAZ ZESTAWÓW KOSMETYKÓW**

SPIS STRESZCZEŃ

Zdrowie uczestników wyprawy wysokogórskiej w aspekcie zdrowia kierownika wyprawy.....	8
Naukowa teoria układów stosowana w biologii jako podstawowa zasada metodyki masażu medycznego w terapii - masaż jako lek.....	9
Korelacja filogenetyczna, czyli koordynacja topograficzna, jako podstawowa zasada w metodyce masażu medycznego w dysfunkcji aparatu wyprostnego stawu kolanowego.....	10
Masaż medyczny w terapii neoadiuwentowej w dysfunkcji stawu biodrowego.....	11
Masaż medyczny w terapii adiuwentowej w niewydolności układu oddechowego	12
Reedukacja czucia głębokiego aparatu wykonawczego układu oddechowego w dysfunkcji przepony	13
Masaż w schorzeniach internistycznych- badanie własne	14
Aspekt choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego w procesie usprawniania.....	15
Spastyczność poudarowa – co fizjoterapeuta wiedzieć powinien	16
Otyłość – piękno czy udręka?...	17
Masaż w zespole łokcia tenisisty	17
Drenaż limfatyczny po usunięciu ślinianki podżuchwowej prawej z uwzględnieniem układów membranowych ciała – analiza przypadku	18
Zastosowanie masażu w leczeniu skolioz	19
Masaż w sporcie	20
Wykorzystanie czynnika kriogenicznego w masażu. Przykłady zastosowania masażu lodem w kosmetyce, ortopedii i sporcie	21
Ocena przydatności masażu leczniczego i kinezyterapii w leczeniu Zespołu Bolesnego Barku	22
Współczesne możliwości chirurgii kręgosłupa	23
Mononeuropathie kończyny górnej	23
Psychiatryczne aspekty dolegliwości bólowych pacjentów.....	24
Zastosowanie preparatów kolagenowych dostawowo w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego i kolanowego.....	24
Nowotwory narządu ruchu – spojrzenie masażysty i fizjoterapeuty.....	25
Postawa ciała i jej związki z problemami stomatologicznymi.....	25
Metodyka wykonywania i nauczania leczniczego masażu segmentalnego.....	26
Masaże ajurwedyjskie.....	27
Wykorzystanie diagnostyki metody FDM (Fascial Distortion Model) w ocenie efektów masażu w terapii bólu.....	28
Wpływ masażu tkanek głębokich na elastyczność struktur taśmy powierzchownej tylnej	29
Skuteczność jednorazowego zabiegu manualnego drenażu limfatycznego w zakresie redukcji obrzęku	30
Analiza powięziowych zależności w napięciowych bólach głowy	31
Od struktury do chwytu.Ale jakiego?'' II część	32
Zastosowanie wibracji w masażu – charakterystyka, metodyka wykonania, wpływ na organizm człowieka i zastosowanie w różnych jednostkach chorobowych na podstawie badań naukowych.....	33

Zdrowie uczestników wyprawy wysokogórskiej w aspekcie zdrowia kierownika wyprawy

Wyprawa w wysokie góry wymaga od alpinisty zdrowia i przygotowania fizycznego. ale nawet to nie gwarantuje, że ominą go dolegliwości wynikające z warunków atmosferycznych, wysokości, trudności obiektywnych (skała, śnieg, lód). O tym, co może i często spotyka alpinistę w trakcie wyprawy i jak można choćby częściowo tego uniknąć, mówi ten wykład. Wśród typowych dolegliwości są: choroba wysokościowa, obrzęki mózgu i płuc, udary słoneczne, odmrożenia, dolegliwości żołądkowe, kontuzje rąk i nóg. Cała gama możliwych schorzeń powoduje, że praca lekarza wyprawowego a i rola kierownika wyprawy w kontekście planowania działalności górskiej nabiera istotnego znaczenia. I o tym też będzie.

Naukowa teoria układów stosowana w biologii jako podstawowa zasada metodyki masażu medycznego w terapii – masaż jako lek

W medycynie praktykowanej w obecnym okresie jej rozwoju zaczyna dominować podejście systemowe zamiast koncepcji holistycznej, w której „nadrzędność” całości dominowała nad pojedynczymi elementami struktury lub funkcji.

Podstawowe cechy organizmu:

- samozachowawczość
- całościowość
- podporządkowanie układowi jego elementów – podejście systemowe.

System „układ” - uważa się strukturę złożoną z wzajemnie powiązanych jednostek składowych. Twórcą kierunku „organizmalizmu” jest L.Von Bertalanffyiego. Jest on oparty na cybernetyce i termodynamice układów otwartych. W koncepcji organizmalnej zakłada się, że układy są zorganizowane hierarchicznie i składają się z podukładów o niższym poziomie organizacji. W wyniku integrowania się składników o pewnym poziomie organizacji w całości wyższego rzędu – wraz z powstaniem hierarchicznie wyższego poziomu wyłaniają się (łac. emergent) nowe właściwości – zjawisko to nazywa się emergencją. W świecie organizmów żywych dotyczy ono nie tylko wczesnej biogenezy i ewolucji, ale i wyższych pięt rozwoju rodowego (filogenezy) jak i rozwoju osobniczego (ontogenezy). We wszystkich tych przypadkach powstają coraz to nowe nadrzędne poziomy organizacji w obrębie tej podstawowej jednostki, jaką jest organizm. Czasem cały proces przebiega w obrębie jednego poziomu organizacji (np. układ nerwowy), ale można w nim wyodrębnić elementy składowe - „podpoziomowe”. Należy zwracać uwagę na fakt, że zjawiska biologiczne na różnych poziomach nigdy nie przebiegają w sposób izolowany, lecz wzajemnie na siebie oddziałują – np. inaczej funkcjonuje komórka samodzielnie, a inaczej w organizmie wielokomórkowym. Bardzo ważną tezę organizmalizmu jest twierdzenie, że w układzie obok praw rządzących niższymi poziomami wyłaniają się nowe prawa, właściwe dla wyższych poziomów, np. odruchy rdzeniowe, odruchy mózgowie. Poszczególne wystąpienia oparte są na systemowym ujęciu całości.

Korelacja filogenetyczna, czyli koordynacja topograficzna, jako podstawowa zasada w metodyce masażu medycznego w dysfunkcji aparatu wyprostnego stawu kolanowego

Podstawy opracowania metodyki zabiegu w procesie profilaktyki, terapii i rehabilitacji masażem medycznym oparte są na korelacjach filogenetycznych, czyli koordynacjach.

Koordynacjami określa się uwarunkowane filogenezą stałe, wzajemne zależności między narządami lub częściami organizmu. W organizacji strukturalnej organizmów koordynacja przejawia się jako zgodna zmienność określonych cech morfofizjologicznych, które tworzą w danej grupie narządów lub części organizmu stałe kompleksy.

Dla potrzeb masażu medycznego uwzględnia się:

- Koordynacja topograficzne – przejawiają się w sprzężonych zmianach narządów związanych ze sobą rozmieszczeniem, ale nie związanych funkcjonalnie.

- Koordynacje dynamiczne – wyrażają się w zgodnej zmianie struktur związanych czynnościowo.

Opracowanie metodyki zastosowania masażu medycznego w dysfunkcji aparatu wyprostnego stawu kolanowego wymaga wiedzy z zakresu:

1. Budowy stawu

a) panewki – swoiste cechy: kształt, powierzchnia styku,

b) główki – swoiste cechy: kształt powierzchni styku zależna od ustawienia,

c) torebki stawu – swoiste cechy.

2. Topografii i budowy struktur stabilizujących staw

a) czynnych: mięśnie

b) więzadła, powięzi

3. Warunki metabolizmu materii i energii (krążenie)

4. Warunki metabolizmu informacji (unerwienie)

Podczas wykładu, omawiając metodykę – dokonamy analizy warunków funkcjonalności.

Masaż medyczny w terapii neoadiuwentowej w dysfunkcji stawu biodrowego

Terapia neoadiuwentowa (inicjująca) – zadaniem jej jest stymulacja mechanizmów samoregenerujących.

Staw biodrowy jest jednym z najważniejszych ruchowych połączeń struktur kostnych człowieka, po jego przyjęciu pozycji pionowej staw biodrowy jest głównym elementem aparatu równowagi miednicy. Równowaga jest utrzymywana bez udziału świadomości.

Odruchy związane z równowagą można podzielić na statyczne (czucie proprioceptywne) i statokinetyczne (czucie kinestetyczne). Metodyka masażu medycznego musi być oparta o wiadomości dotyczące struktur tworzących staw biodrowy i ich funkcji stabilizującej oraz czynności ruchowych.

I. Staw biodrowy

a) panewka – swoiste cechy,

b) główka – swoiste cechy,

c) torebka stawowa – swoiste cechy,

d) maź i jama stawu – swoiste cechy.

2. Mięśnie i inne struktury stabilizujące staw

3. Metabolizm informacji (nerwy) i materii – energii (układ krążenia).

W moim wystąpieniu przybliżę Państwu zależność funkcji stawu biodrowego od koordynacji dynamicznej na przykładzie mięśnia pośladkowego średniego.

Masaż medyczny w terapii adiuwentowej w niewydolności układu oddechowego

Definicja: Terapia adiuwentowa (uzupełniająca) – celem tej terapii jest wspomaganie naturalnych mechanizmów samoregeneracji po ustąpieniu klinicznych objawów danego schorzenia.

Występują cztery czynniki warunkujące podstawową czynność układu oddechowego w procesie wymiany gazowej:

- a) wentylacja (V)
- b) przepływ płucny (Q)
- c) dyfuzja gazów (D)
- d) dystrybucja wentylacji do przepływu (V/Q)

Przystępując do stymulacji mechanizmów samoregeneracji musimy mieć ocenę wentylacji, która dostarcza wiadomości o jednym z czterech składników wymiany gazowej. Na tej podstawie w układzie oddechowym wyróżniamy jego aparat wykonawczy (klatka piersiowa, mięśnie, ukrwienie, unerwienie). Pozostałe czynniki można pośrednio ocenić w przybliżeniu przez kompleksową analizę rezultatów wymiany gazowej, której odbiciem jest ciśnienie parcjalne gazów oddechowych (tlenu i dwutlenku węgla) we krwi tętniczej. Nie wolno mylić upośledzenia wentylacji z niewydolnością oddechową. Masaż medyczny służy do przywracania sprawności aparatu wykonawczego układu oddechowego, który jest najważniejszym ogniwem w terapii adiuwentowej.

Reedukacja czucia głębokiego aparatu wykonawczego układu oddechowego w dysfunkcji przepony

Wykład jest konwersatorium. W układzie oddechowym przebieg każdego cyklu oddechowego kontrolowany jest przez niezmiernie rozbudowany przestrzennie i czynnościowo system, obejmujący zarówno ośrodkowy, jak i obwodowy układ nerwowy, sprzężony zwrotnie z mięśniami prążkowanymi i gładkimi oraz posługujący się szeregiem czynności humoralnych. W naszym wystąpieniu zajmiemy się przede wszystkim neuroregulacją oddychania, jako tym aspektem fizjologii, od którego w decydującej mierze zależy sprawność wszystkich elementów układu oddechowego. Charakterystyczną cechą układu regulującego oddychanie jest jego „wielopiętrowa” organizacja czynnościowa.

Kora mózgu – w regulacji oddychania polega przede wszystkim na synchronizacji wpływów metabolicznych i behawioralnych.

Pień mózgu – struktury nerwowe rozciągające się od podwzgórza po rdzeń przedłużony.

Rdzeń kręgowy.

Odcinek szyjny i piersiowy rdzenia kręgowego odgrywają zasadniczą rolę w reedukacji cyklu oddechowego. Dotyczy to w szczególności C3 – C5, gdzie zlokalizowane jest jądro nerwu przeponowego. Unerwiana przez ten nerw przepona, jest najważniejszym mięśniem oddechowym – wyłączenie czynności przepony obniża drastycznie wydolność układu oddechowego. W zakresie objętości oddechowej spadek wynosić może 50 – 80%, a wentylacja minutowa obniżyć się może o ok 30%.

Uszkodzenie piersiowego odcinka kręgosłupa i rdzenia kręgowego doprowadzając do zaburzenia czynności mięśni międzyżebrowych, nie musi wprawdzie mieć tak groźnych następstw bezpośrednich, pogarsza jednak warunki wentylacji tak, że układ oddechowy staje się potencjalnie niewydolny.

Należy podkreślić, że niemal każda nieprawidłowość czynności narządu oddechowego nieuchronnie doprowadza do zmian w impulsacji receptorów zlokalizowanych w drogach oddechowych, płucach i aparacie wykonawczym układu oddechowego. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie zmiany chorobowe lub dysfunkcje układu oddechowego mają charakter odruchowy i dochodzi do niego za pośrednictwem receptorów nerwu błędnego.

Wyżej wymienione uwarunkowania anatomiczno – fizjologiczne wskazują na drogę przywracania homeostazy za pośrednictwem odruchów neurologicznych – stymulacja receptorów czucia głębokiego lub ich reedukacji.

Reedukacja – przypominanie łuku odruchowego i jego integracja z różnymi poziomami drogi czucia za pośrednictwem stymulacji receptorów czucia głębokiego, które dzielimy na czucie proprioceptywne i czucie kinestetyczne

Zastosowanie masażu klasycznego w schorzeniach internistycznych – doświadczenia własne

W obecnych publikacjach oraz literaturze fachowej trudno się doszukać artykułów lub prac naukowych na temat zastosowania masażu klasycznego w schorzeniach internistycznych. Autor wystąpienia na podstawie wieloletnich doświadczeń w pracy z pacjentami hospitalizowanymi na Oddziale Internistycznym Szpitala Praskiego w Warszawie (ordynator dr Maciej Olszewski) postanowił podjąć wyzwanie do przeprowadzenia analizy usprawnianych przez siebie pacjentów internistycznych u których w trakcie kompleksowej rehabilitacji wykonywano masaż klasyczny pleców i szyi. Przed i po zabiegu badane były podstawowe parametry diagnostyczne m.in. ciśnienie krwi, tętno, saturacja. Trzeba nadmienić że w/w zabiegi masażu jak i badania były przeprowadzone w ścisłej współpracy z lekarzami prowadzącymi pacjentów na oddziale.

Aspekt choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego w procesie usprawniania

Najczęstszym problemem zdrowotnym biodra jest jego zwyrodnienie. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego (koksartroza) wiąże się z trybem życia, gdzie wraz z postępowaniem cywilizacji stale obniża się naturalna aktywność fizyczna. Choroba, która może dotyczyć jednego lub dwóch stawów biodrowych, polega na stopniowej destrukcji chrząstki stawowej, warstwy podchrzęstnej kości, torebki stawowej i innych tkanek tworzących staw. W Polsce choruje ok. 8 mln ludzi, z czego 40% dotyczy stawów biodrowych. Na koksartrozę cierpi znaczna większość kobiet (stanowią one 2/3 spośród 5% chorych na koksartrozę Europejczyków po 55. roku życia). Koksartrozę dziwimy na pierwotną i wtórną. Etiologia choroby pierwotnej nie jest znana. Przypuszcza się, że przyczyną mogą być zaburzenia metaboliczne chrząstki stawowej lub zmiany w składzie płynu stawowego, które upośledzają odżywianie chrząstki oraz nadmierne obciążenia stawu w przypadkach znacznej nadwagi lub pracy fizycznej, jak również zmiany wsteczne związane z wiekiem. Przyczyną mogą być również czynniki genetyczne takie jak: Opisane mutacje genów dla kolagenu typu II, IX i XI i agrekanów, Zaburzenia ekspresji genów dla MMP oraz uszkodzenia mitochondrialnego DNA. Dodatkowe czynniki wpływające na rozwój choroby to palenie papierosów, nawyki żywieniowe. Początkowe objawy zajęcia stawu biodrowego są zwykle dyskretne i niezbyt charakterystyczne. Późniejsze główne objawy to: ból, ograniczenie ruchomości i zaburzenia osi stawu, w tym narastanie przykurczu, a także odczuwalna niestabilność stawu. Chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych diagnozujemy na podstawie badania przedmiotowego oraz dodatkowych badań obrazowych takich jak: podstawą jest RTG, następnie MRI, czy scyntygrafia. Ważną metodą leczenia jest profilaktyka występowania tej choroby, polegająca na redukcji czynników ryzyka, szczególnie redukcji nadwagi. Metody leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego zależą od stopnia zaawansowania procesu chorobowego, reakcji chorego na ból i związane z chorobą ograniczenia czynności życia codziennego oraz wieku i ogólnego stanu zdrowia. W leczeniu obowiązuje zasada postępowania kompleksowego, które obejmuje profilaktykę, leczenie zachowawcze oraz leczenie operacyjne. Postępowanie rehabilitacyjne jest nieodłączną częścią kompleksowego leczenia chorego z koksartrozą. Obejmuje leczenie ruchem (kinezyterapia), którego celem jest utrzymanie jak najdłużej w dobrym stanie czynnościowym układu mięśniowego, masaże oraz zabiegi fizykoterapeutyczne takie jak pole magnetyczne, laser, jonoforeza, terapuls. Zabiegi borowinowe lub krioterapia również zmniejszają ból, rozluźniają mięśnie i zmniejszają przykurcze na skutek przekrwienia tkanek okołostawowych. Leczenie operacyjne obejmuje metody takie jak: osteotomie, usztywnienie stawu oraz endoprotezoplastykę stawu biodrowego.

Spastyczność poudarowa – co fizjoterapeuta wiedzieć powinien

Polska jest krajem, w którym udary mózgu stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów, a także wtórnej niepełnosprawności. Liczbę zachorowań na udar mózgu w naszym kraju określa się na 75 000 rocznie. Schorzenie to częściej dotyka mężczyzn niż kobiet i szacuje się, że jest to odpowiednio 175 i 125 na 100 000 mieszkańców. Na podstawie wyników prowadzonych badań jednoznacznie potwierdzono, że po okresie trzech miesięcy od udaru około 20% pacjentów ma znaczne ograniczenia funkcjonalne spowodowane trudnościami w posługiwaniu się kończyną górną. Podobną pod względem liczebności grupa ma problemy z chodzeniem z powodu niedowładów kończyny dolnej.

Spastyczność jest bardzo istotnym powikłaniem po udarach mózgu i rozwija się u ponad 20% pacjentów, w znaczny sposób utrudniając rehabilitację, a co za tym idzie prowadzi do dalszego pogorszenia sprawności chorego.

Wzmożenie napięcia mięśni powoduje nieprawidłowe ułożenie kończyny górnej oraz kończyny dolnej, co w konsekwencji doprowadza do zaników mięśniowych, przykurczy w stawach objętych spastycznością, odleżyn i przewlekłych dolegliwości bólowych.

Celem, który powinien osiągnąć cały zespół opiekujący się pacjentem w okresie rekonwalescencji jest leczenie spastyczności i przywrócenie lub poprawa zdolności funkcjonalnych, będących podstawą samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Rola fizjoterapeuty w całym procesie usprawniania pacjenta jest nie do przecenienia. Polega ona jednak nie tylko na poprawnym wykonywaniu zleconych ćwiczeń czy zabiegów fizykalnych. Budowa właściwych relacji i zdobycie zaufania chorego rzutuje na cały proces usprawniania i uzyskanie pożądanego efektu końcowego.

Znajomość przez terapeutę możliwości terapeutycznych spastyczności wydaje się kluczowa. Codzienna praca z pacjentem oraz bieżąca ocena jego możliwości funkcjonalnych może być doskonale wykorzystana w kontaktach fizjoterapeuta-pacjent, fizjoterapeuta-lekarz i pacjent-fizjoterapeuta-lekarz.

Terapia spastyczności może polegać na doustnym leczeniu farmakologicznym, ostrykiwaniu określonych grup mięśniowych toksyną botulinową, wszczepieniu pompy baklofenowej czy wreszcie na zabiegach neurochirurgicznych.

Współczesna medycyna w leczeniu spastyczności oferuje bardzo wiele, daje szansę na łatwiejszą, skuteczniejszą i praktycznie bezbólową rehabilitację. Nie zawsze jednak wszystkie możliwości są wykorzystywane, co często spowodowane jest brakiem dostatecznej wiedzy.

Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił programy terapeutyczne dotyczące leczenia spastyczności poudarowej kończyny górnej i dolnej toksyną botulinową. Wiedza fizjoterapeutów na temat programów lekowych oraz znajomość ośrodków, które je realizują pomoże pacjentom i ich rodzinom do nich dotrzeć, podnosząc w ten sposób efekt i jakość usprawniania.

Otyłość – piękno, czy udręka?

Otyłość jest chorobą metaboliczną, w powstawaniu której bierze udział wiele czynników patogenetycznych. Dane statystyczne dotyczące występowania otyłości są alarmujące. W ostatniej dekadzie obserwuje się znaczny wzrost liczby otyłych ludzi na świecie, w tym również dzieci i młodzieży. Taki sam trend występuje w Polsce. Otyłość towarzyszyła życiu człowieka od najdawniejszych czasów. Jednak jej ocena nie była jednoznaczna na przestrzeni dziejów. Podobnie jest dzisiaj. Mimo, że otyłość występuje na wszystkich kontynentach, jest jednak bardzo różnie postrzegana. Na ocenę otyłości mają wpływ: status społeczny, warunki socjo – ekonomiczne, przynależność etniczna i kulturowa. W pracy zdefiniowano otyłość i opisano metody jej oceny. Omówione zostały rodzaje i rola tkanki tłuszczowej. Przedstawiono zmieniające się na przestrzeni dziejów różne sposoby postrzegania piękna. Dokonana została prezentacja pojmowania urody kobiecego ciała w różnych okresach historii, a także wpływ różnic kulturowych na stosunek do otyłości na świecie. Ponadto omówiono konsekwencje otyłości w różnych aspektach oraz rodzaje działań terapeutycznych w otyłości.

mgr Dariusz Fielek

Solanki Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o.

Medycno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Inowrocław

Masaż w zespole łokcia tenisisty

Zespół łokcia tenisisty to coraz częstszy uraz tkanek miękkich położonych w okolicy stawu łokciowego. Kontuzja w tym miejscu jest z reguły spowodowana przeciążeniem mięśni prostujących nadgarstek. dotyczy to najczęściej prostownika promieniowego krótkiego ale nie tylko. Celem pracy jest przedstawienie wypracowanego postępowania i usystematyzowania różnych sposobów masażu leczniczego w obrębie tego schorzenia na przykładzie różnych pacjentów. Omówiony zostanie również mechanizm występowania „łokcia tenisisty” oraz tok masażu leczniczego.

Drenaż limfatyczny po usunięciu ślinianki podżuchwowej prawej z uwzględnieniem układów membranowych ciała – analiza przypadku

W ostatnich latach coraz częściej terapeuci w swojej pracy z obrzękami limfatycznymi w celu zwiększenia efektywności drenażu limfatycznego sięgają do opracowania struktur membranowych ciała, jako kluczowych dla przywrócenia prawidłowego „układu ssącego” w obrębie naczyń zarówno żylnych jak i limfatycznych. Prawidłowy stan funkcjonalny takich struktur jak stawy skroniowo – żuchwowe, przejście czaszkowo szyjne, kąty żyłne, przepona, mięśnie dna miednicy stanowią o układzie ciśnieniowym ciała człowieka. Jakikolwiek zmiany patologiczne w tych strukturach ciągną za sobą zaburzenia pracy „kolumn ciśnieniowych” których wypadkową stanowi praca płuca. Każda restrykcja występująca po którejś ze stron ciała przekłada się na zaburzenia membran i tym samym ograniczenia pracy płuca po tej samej stronie. Szczególnym ważnym obszarem są tu „kąty żyłne” stanowiące „najczęstsze miejsce przeszkód w drodze przepływu limfatycznego, którego źródłem są torsje przepony szyjno piersiowej /Kuchera WA&Kuchera ML, 1993). Restrykcje na tym obszarze są wypadkową zaburzeń w obrębie szyi, układów podobojczykowych i ruchomości dolnych żeber, zwłaszcza stawów żebrowo – kręgowych Th9 – Th12. To wszystko przekłada się na restrykcje w obrębie klatki piersiowej i przepony wpływając na zakres jej funkcji. Wspomniane zależności są wynikiem 20 lat obserwacji podczas pracy z obrzękami limfatycznymi, wnikliwa analiza przejścia Th-L, napięcie w obszarze przyczepów kręgowych przepony wpływają na jakość oddechu, a tym samym zakres podciśnienia powstającego w obrębie klatki piersiowej w fazie wdechu. Bezspornym faktem jest, że osoby z obrzękami limfatycznymi mają duży problem z oddechem torem piersiowym – dotyczy kobiet jak i mężczyzn a wypadkową zaburzeń jest przejście Th-L.

Restrykcje te mają swój oddźwięk w obrębie katów żylnych, obszarze dna miednicy stąd nie powinno się tych struktur pomijać w procesie terapeutycznym. Te zależności wpływają na kondycję pni współczulnych leżących przykręgosłupowo. Stopień drażnienia tych struktur wpływa na stan pobudzenia napięcia mięśniówki gładkiej ścian naczyń limfatycznych.

Należy tutaj podkreślić występowanie ścisłych zależności pomiędzy unerwieniem autonomicznym powięzi i naczyń limfatycznych /Bhowmick 2009/.

Ta zależność powięzi i naczyń limfatycznych ukazuje jak istotny wpływ na wszystkie te struktury będą miały mięśnie szkieletowe i ich tonus.

Ten anatomiczno-holistyczny obraz połączeń przekłada się w istotny sposób na stan układu limfatycznego i jego fizjologię. Organizm człowieka to przecież układ naczyń połączonych i tak też należy go postrzegać. To właśnie tutaj szczególnego znaczenia nabierają słowa naszego Mistrza i Nauczyciela Pana mgr Henryka Pawłaka „cokolwiek się dzieje w patologii, rozpatrujcie to jako układ, układów w układzie”. Nie da się i nie wolno nam oddzielać układu limfatycznego od powięzi, których z kolei nie da się oddzielić od tkanki mięśniowej /Vancouver 2012/.

Zastosowanie masażu w leczeniu skolioz

Podstawą zachowawczego leczenia wad postawy są modele postępowania fizjoterapeutycznego bazujące na specjalnych ćwiczeniach fizycznych. Wykorzystanie możliwości masażu rozumianego jako praca z ciałem jest marginalne. Oczywiście masaż może tu mieć jedynie działanie wspomagające i tego nikt nie neguje jednak zasługuje on na więcej uwagi niż mu się poświęca. Wiele elementów wskazuje na potrzebę włączenia przede wszystkim tzw. „aktywnego” sposobu postępowania w masażu do koncepcji terapeutycznych. Potwierdzają to doświadczenia w pracy terapeutycznej. Tematem prelekcji będzie przedstawienie przykładowej koncepcji pracy z pacjentem w przypadku skoliozy.

Masaż w sporcie

Masaż sportowy jest jednym ze składowych całego procesu, który nazywany jest odnową biologiczną. Ze współczesnych badań prowadzonych wśród sportowców wyczynowych jasno wynika, że dalsza intensyfikacja procesu treningowego jest możliwa, ale tylko wówczas, gdy w sposób racjonalny zastosuje się nowoczesne metody odnowy biologicznej. Sterowanie procesem odnowy jest zatem integralną częścią pracy treningowej.

Za odnowę biologiczną uważa się szereg metod i środków przyspieszających procesy wypoczynkowe celem podwyższenia zdolności wysiłkowej. Wyróżnia się:

- środki biochemiczne
- metody pedagogiczne;
- metody fizjoterapeutyczne.

Działanie masażu sportowego, zaliczanego oczywiście do metod fizjoterapeutycznych, będzie dopiero w pełni skuteczne, gdy się go zastosuje łącznie z pozostałymi środkami i metodami dobierając i dozując je w zależności od rodzaju wysiłku, etapu treningowego, aktualnego stanu wytrenowania zawodnika oraz stanu jego zdrowia. Tylko wówczas, gdy nastąpi współdziałanie poszczególnych środków i metod można mówić o systemie odnowy biologicznej. Wysiłek i odnowa to dwie strony jednego procesu. Wzrost wytrenowania i podniesienie sprawności odbywa się tylko wówczas, gdy procesy odnowy gwarantują uzupełnienie i nagromadzenie zasobów energetycznych wydatkowanych w czasie wysiłku. Możliwości wysiłkowe organizmu zależą od sprawności układu nerwowego, oddechowego, sercowo-naczyniowego, wewnątrzwydzielniczego oraz od aktywności enzymów oksydacyjno-redukcyjnych, determinujących właściwy przebieg metabolizmu tkankowego. Na te wszystkie parametry fizjologiczne może mieć wpływ masaż, pod warunkiem, że jest prawidłowo wykonany.

Aby w pełni wykorzystać działanie masażu w warunkach sportowych należy wziąć pod uwagę:

- okres rocznego cyklu treningowego;
- indywidualny dobór środków oddziaływania;
- rodzaj wysiłku;
- wielkość obszaru oddziaływania;
- stopniowanie intensywności i różnicowanie zabiegów;
- cykliczne i systematyczne jego stosowanie.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie powyższe warunki wówczas masaż sportowy spełni swój cel, do których należy:

- przygotowanie do treningu lub zawodów (uzupełnienie rozgrzewki, zapobieganie
- przeciążeniom i urazom aparatu ruchu);
- po wysiłku fizycznym przyspieszenie restytucji organizmu (w szczególności dotyczy to układu więzadłowo-mięśniowego, krążenia i nerwowego);
- wspomaganie, wraz z odpowiednimi działaniami fizjoterapeutycznymi, leczenia ewentualnych kontuzji sportowych.

Wykorzystanie czynnika kriogenicznego w masażu. Przykłady zastosowania masażu lodem w kosmetyce, ortopedii i sporcie

Pozytywny wpływ zimna na ustrój człowieka znany był już 2500 lat przed naszą erą. Obecnie terapeutyczne działanie zimna wykorzystywane jest szeroko w medycynie, rehabilitacji oraz kosmetyce. W medycynie zimno znalazło zastosowanie między innymi w chirurgii, w rehabilitacji jako forma krioterapii ogólnoustrojowej (kriokomora) lub miejscowej przy użyciu ciekłego azotu, dwutlenku węgla, zimnego powietrza czy zimnych okładów. Masaż lodem jako forma krioterapii znalazł zastosowanie między innymi w leczeniu chorób neurologicznych przebiegających z podwyższonym napięciem mięśniowym, chorób reumatoidalnych, w ortopedii i medycynie sportowej jako element terapii pourazowej w stłuczeniach, urazach mięśni itp.. Szeroko stosowany jest w kosmetyce jako zabieg leczniczy np. we wspomaganie terapii antycellulitowej, jako zabieg upiększający, poprawiający jędrność i napięcie skóry zwiotczałej w wyniku ciąży, odchudzania oraz jako profilaktyka anti-aging w formie regularnej mobilizacji skóry do silnego napięcia oraz przekrwienia śródskórnego. Wykorzystywany jest także jako zabieg relaksacyjny.

mgr Wojciech Laber

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii, Wrocław
Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław

mgr Wojciech Tomasz Laberdr

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii, Wrocław
Zakład Profilaktyczno- Lecznicy „PROVITA”, Wrocław

Roman Heider

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii, Wrocław

Ocena przydatności masażu leczniczego i kinezyterapii w leczeniu Zespołu Bolesnego Barku

Zespół Bolesnego Barku (z.b.b) –Periarthritis Humeroscapularis (PHS) jest określeniem ogólnym dla różnych procesów chorobowych powstających w okołostawowych tkankach miękkich w obrębie barku. Zmiany chorobowe mogą dotyczyć ścięgien, pochewek ścięgniastych, kaletki maziowych, powięzi, mięśni i nerwów. Pełny obraz kliniczny ujawnia się po zadziałaniu dodatkowych czynników uszkadzających, tzw. wyzwalających, są to: urazy, mikrourazy, przeciążenie kończyny górnej, długotrwałe unieruchomienie stawu barkowego, wtórne procesy zapalne, zaburzenia neurotroficzne, ukrwienia, odżywienia, infekcje toksyczne, a nawet zmiany chorobowe narządów wewnętrznych. Zespół Bolesnego Barku objawia się występowaniem różnie nasilonego bólu w okolicy objętej zmianą chorobową, co prowadzi do osłabienia siły mięśniowej i ograniczenia ruchomości w stawie barkowym. Zespół bolesnego barku leczony jest zazwyczaj zachowawczo.

Celem leczenia jest zniesienie dolegliwości bólowych, nadmiernego napięcia mięśniowego oraz przywrócenia prawidłowej ruchomości w stawie barkowym.

Większość pacjentów leczonych zachowawczo z Zespołem Bolesnego Barku ma zleconą tradycyjną fizjoterapię z zastosowaniem zabiegów światło- i elektrolecznictwa oraz ćwiczenia ruchowe – kinezyterapię. W zależności od zaostżenia schorzenia zabiegi są odpowiednio dawkowane. Jednym z zabiegów fizykalnych łączonych z fizykoterapią i kinezyterapią jest masaż klasyczny wykonywany przed i po ćwiczeniach kinezyterapeutycznych.

Celem pracy była ocena przydatności usprawniania i masażu w Zespole Bolesnego Barku oraz porównanie skuteczności leczenia z zastosowaniem kinezyterapii, fizykoterapii i masażu klasycznego, z leczeniem opartym wyłącznie na kinezyterapii wspomaganej zabiegami fizykalnymi.

Badaniem objęto 28 osób podzielonych na dwie 14 osobowe grupy. Grupa pierwsza liczyła 9 kobiet i 5 mężczyzn czynnych zawodowo w wieku 40-55 lat. Grupa druga liczyła 11 kobiet i 3 mężczyzn w wieku 50-65 lat, emeryci i czynni zawodowo. Obie grupy wykonują lub wykonywały podobny rodzaj pracy w zakładzie przemysłowym we Wrocławiu. W obu grupach zmiany chorobowe były jednostronne co umożliwiło porównanie z zakresem ruchów strony przeciwnej.

Leczenie w obu grupach było przeprowadzone przez okres 6 tygodni. Postępowanie lecznicze obejmowało:

- grupa pierwsza: naświetlania lampą Sollux (filtr czerwony lub niebieski), prądy przeciwbólne (naprzemiennie prądy DD oraz Tens), masaż klasyczny dwukrotnie stosowany i gimnastka usprawniająca
- grupa druga (ze względu na wiek, choroby towarzyszące): tylko naświetlania oraz ćwiczenia lecznicze

Usprawnianie ruchowe dotyczyło chorych będących w stanie podoстрыm i przewlekłym.

W obu grupach dwukrotnie (przed rozpoczęciem i po skończonej terapii) oceniano zakres ruchomości chorego stawu pomiarem S.F.T.R. oraz stopień dolegliwości bólowej wg. pięciostopniowej skali. (ocena subiektywna) oraz przeprowadzono analizę statystyczną która wykazała, że wyniki leczenia przeprowadzone w grupie pierwszej są lepsze od wyników leczenia w grupie drugiej. Leczenie tradycyjne wspomagane masażem i fizykoterapią daje lepsze efekty leczenia.

Przeprowadzone badania pozwoliły na postawienie następujących wniosków:

- u osób z Z.B.B. stwierdza się duży deficyt ruchowy w stawie barkowym, szczególnie w ruchu odwodzenia i rotacji zewnętrznej.
- obie metody terapii tj. kinezyterapia, fizykoterapia i masaż klasyczny oraz fizykoterapia i kinezyterapia dają pozytywne efekty
- korzystny wpływ masażu leczniczego w leczeniu Zespołu Bolesnego Barku jest niewątpliwy
- okres 6 tygodniowego usprawniania pacjentów z Zespołem Bolesnego Barku nie daje pełnego powrotu do zdrowia, wskazana jest konieczność kontynuowania leczenia ambulatoryjno-sanatoryjnego.

Współczesne możliwości chirurgii kręgosłupa

Zaburzenia funkcji kręgosłupa i wynikające z tego dolegliwości stanowią obecnie jeden z najczęstszych problemów zdrowia publicznego. Dotyczą one pacjentów w każdym wieku, ale przede wszystkim grupy w wieku produkcyjnym, przyczyniając się do istotnej absencji chorobowej, a także są przyczyną częstej niepełnosprawności. W leczeniu pacjentów z dolegliwościami kręgosłupa stosujemy rozmaite metody postępowania, zarówno konserwatywne, jak i chirurgiczne.

W prezentacji omówione zostaną wskazania do leczenia operacyjnego patologii wszystkich odcinków kręgosłupa. Szczególną uwagę zwrócimy na dolegliwości i objawy, które mogą świadczyć o poważnych patologiach kręgosłupa i mogą sygnalizować podwyższone ryzyko w trakcie fizjoterapii oraz mogą wymagać skierowania do agresywnego leczenia chirurgicznego.

W części poświęconej leczeniu chirurgicznemu kręgosłupa omówione zostaną nowoczesne możliwości ingerencji chirurgicznej, w szczególności podstawy anatomiczne i biomechaniczne leczenia oraz dostępy chirurgiczne i techniki instrumentalnej stabilizacji wewnętrznej kręgosłupa.

Mononeuropathie kończyny górnej

Mononeuropatie kończyny górnej są problemem interdyscyplinarnym zarówno w sferze diagnostyki jak i terapii. Wymagają one współpracy wielu specjalistów w tym ortopedów, neurologów, neurochirurgów i fizjoterapeutów. Jak dotychczas jest wiele kontrowersji co do wartości badań diagnostycznych oraz metod leczenia. Autor w oparciu o literaturę i własne doświadczenia w zakresie leczenia mononeuropatii operacyjnie i zachowawczo prezentuje wyniki leczenia w korelacji z obrazem sródoperacyjnym oraz badaniami diagnostycznymi (ENG).

Psychiatryczne aspekty dolegliwości bólowych pacjentów

Dolegliwości bólowe to często zgłaszane przez pacjentów objawy chorobowe, które w niektórych przypadkach nie znajdują wyjaśnienia medycznego. Mimo braku ewidentnych nieprawidłowości pacjenci często skarżą się na ból z różnych części ciała, często nie ustępujący mimo zabiegów leczniczych. Część z tych pacjentów może cierpieć w istocie na problem psychiatryczny, najczęściej zaburzenia depresyjne, w których objawy bólowe są częstą maską psychopatologiczną. Duży odsetek depresji pozostaje jednak nie wykrytych z uwagi na maskowanie objawów psychicznych przez symptomy somatyczne. Warte podkreślenia jest, że kondycja psychiczna pacjenta istotnie wpływa na leczenie chorób somatycznych, na próg odczuwanego bólu a właściwe rozpoznanie istniejących zaburzeń psychicznych pozwala szybciej i skuteczniej leczyć choroby somatyczne

Jędrzej Lesman

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM Klinika Ortopedii i Traumatologii, Łódź

Zastosowanie preparatów kolagenowych dostawowo w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego i kolanowego

Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego i biodrowego jest obecnie jedną z najczęstszych chorób populacyjnych powodujących zmniejszenie aktywności fizycznej pacjenta. Terapia bólu w tej jednostce chorobowej jest jednym z najważniejszych celów terapeutycznych z jakimi muszą się zmierzyć lekarze i fizjoterapeuci. Dlatego też poszukuje się różnych rozwiązań, które nie tylko zapewnią większy komfort pacjentowi, ale również opóźnią rozwój choroby zwyrodnieniowej.

Badania nad jej patofizjologią wskazują na istotną rolę utraty kolagenu II w jej przebiegu. W związku z tym od początku lat 90 zaczęto prowadzić doświadczenia mające na celu uzupełnienie lokalnych, wewnątrzstawowych niedoborów kolagenu. W obliczu dzisiejszych badań jesteśmy w stanie powiedzieć, że kolagen w iniekcjach dostawowych jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia bólu w chorobie zwyrodnieniowej. Jego działanie jest porównywalne do działania kwasu hialuronowego, a biorąc pod uwagę możliwość podania w tkanki okołostawowe czyni go bardziej uniwersalnym środkiem poprawiającym komfort życia pacjenta.

W oczekiwaniu na dalsze badania dotyczące skuteczności hamowania rozwoju choroby zwyrodnieniowej możemy stosować kolagen jako długoterminowe, bezpieczne leczenie przeciwbólowe u pacjenta.

Nowotwory narządu ruchu – spojrzenie masażysty i fizjoterapeuty

Nowotwory pierwotnie złośliwe układu narządu ruchu nie należą do najczęstszych zmian chorobowych o tym charakterze. W Polsce wg danych Instytutu Onkologii w Warszawie odnotowuje się ok 300 do 350 nowych zachorowań rocznie. Nie mniej jednak ponieważ najczęściej dotyczą osób w II i III dekadzie życia a więc m.in. w okresie intensywnego rozwoju tego układu są grupą pacjentów, która powinna być nie tylko odpowiednio i szybko diagnozowana, ale również właściwie leczona. Nasze działania powinny mieć na celu nie tylko osiągnięcie jak najdłuższego przeżycia chorego, ale również uniknięcie na ile to możliwe zaburzeń funkcjonalnych. Bardzo poważnym problemem ortopedycznym są – nie tylko w aspekcie leczniczym ale także ekonomiczno-społecznym – chorzy w 6., 7. i 8. dekadzie życia, ponieważ obserwuje się wtedy bardzo liczną grupę osób z przerzutami innych nowotworów do kości. Dominują przerzuty nowotworów płuc, gruczołu krokowego, nerek, piersi, przewodu pokarmowego i tarczycy. W naszym kraju stwierdza się ok. 30.000 tego typu przypadków. W aktualnej prezentacji chciałbym przedstawić informacje o możliwościach współczesnej diagnostyki i leczenia najczęściej spotykanych nowotworów złośliwych układu narządu ruchu zarówno pierwotnych jak i przerzutowych oraz zaakcentować rolę masażysty i fizjoterapeuty w kompleksowym leczeniu chorych.

dr Piotr Pawłowski.

Klinika stomatologiczna Estetyka, Łódź

Postawa ciała i jej związki z problemami stomatologicznymi

Wraz ze starzeniem się i wzrostem zamożności społeczeństwa, w stomatologii następuje zmiana wykonywanych procedur. Wymagania stawiane przez pacjentów rosną, w połączeniu z nowymi metodami rekonstrukcyjnymi (implanty) powoduje to pojawienie się dotąd nieobserwowanych problemów. Do kiedy główną metodą rekonstrukcji wszystkich utraconych zębów były protezy, samo ich użytkowanie było uciążliwe i inne dolegliwości występowały często na odległym planie. Obecnie pacjenci domagają się i oczekują od stomatologa pełnego przywrócenia zdrowia, nie chcą akceptować kompromisów. Nie przyjmują do wiadomości że nowe zęby są elementem większej całości, nad którą sam stomatolog nie jest w stanie w pełni zapanować. Rekonstrukcje stałe (na implantach) pokazują w sposób bezwzględny że ich prawidłowe funkcjonowanie nie może być rozpatrywane w izolacji od kondycji całego ciała. Postawa ciała, jej wady, urazy, szkodliwe nawyki, przebyte zabiegi, wszystko to ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie układu stomatognatycznego. Obecnie wykonywane rekonstrukcje zębowe muszą być wykonywane z uwzględnieniem udziału osób profesjonalnie zajmujących się rehabilitacją całego ciała aby mogły być skutecznym działającym elementem zdrowia pacjentów.

Metodyka wykonywania i nauczania leczniczego masażu segmentalnego

Masaż segmentarny jest specjalistycznym masażem leczniczym stosowanym tylko na zlecenie lekarskie. Wskazaniami do masażu segmentarnego są wszelkie procesy chorobowe lub dysfunkcyjne o charakterze podoстрыm i przewlekłym wywołujące zmiany odruchowe w tkankach oddalonych od miejsca lokalizacji procesu ale powiązanych z nimi wspólnym unerwieniem segmentowym pochodzącym z rdzenia kręgowego. Przeciwwskazaniami do masażu segmentarnego są: ostre stany zapalne i ostre stany bólowe, gorączka, osłabienie i odwodnienie organizmu, stany krwawienia lub stany nim zagrażające, wszelkie ostre infekcje bakteryjne i wirusowe, świeże stany pooperacyjne w okresie gojenia, niewyrównane znaczne nadciśnienie tętnicze, choroby nowotworowe i choroby psychiczne oraz brak kontaktu lub komunikacji z pacjentem. Każdy zabieg masażu segmentarnego składa się zawsze z dwóch części: diagnostycznej i terapeutycznej.

Diagnostykę segmentarną przeprowadzamy warstwowo: skóra, tkanka podskórna, tkanka mięśniowa i okostna, badając części ciała w kolejności: grzbiet, powłoka brzuszna i klatka piersiowa oraz kończyny. W trakcie diagnostyki wracamy uwagę na reakcje odruchowe badanych tkanek oraz informacje werbalne od badanego o jego odczuciach podczas badania – przeczulica /ból/ lub niedoczulica. W przypadkach zaburzeń funkcjonalnych poszczególnych narządów wewnętrznych występuje charakterystyczne dla każdego narządu rozmieszczenie zmian odruchowych, które można przedstawiać w postaci mapek pokazujących topografie rozmieszczenia zmian na tle schematu skórnych stref segmentowych. Do diagnostyki w masażu segmentalnym służą przedstawione w prezentacji specjalistyczne techniki, dostosowane do poszczególnych diagnozowanych warstw tkankowych.

Terapię segmentarną przeprowadzamy tylko w obszarach /strefach/ zmian odruchowych rozpoznanych podczas diagnostyki. Terapię przeprowadzamy masując warstwowo tkanki: skóra, tkanka podskórna, tkanka mięśniowa i okostna, opracowując części ciała w kolejności: grzbiet, powłoka brzuszna i klatka piersiowa i kończyny. Terapię rozpoczynamy od segmentów dalszych od głowy kończąc na segmentach bliższych, wykonując najpierw wstępne ruchy wzdłuż kręgosłupa, a następnie właściwe ruchy w każdym segmencie w kierunku do kręgosłupa! Do terapii służą również przedstawione w prezentacji specjalistyczne techniki dostosowane do terapii zmian w poszczególnych warstwach tkankowych.

Zabieg masażu segmentarnego wykonujemy więc tylko w strefach zmian odruchowych w tkankach skóry i aparatu ruchu wywołanych odruchową reakcją na dysfunkcje lub choroby narządów wewnętrznych oraz choroby, urazy i przeciążenia aparatu ruchu. Zabieg wykonujemy najlepiej co drugi dzień w seriach do 20 zabiegów, jednak nie dłużej jak do czasu ustąpienia występowania zmian odruchowych! Nie wolno kontynuować zabiegów po ustąpieniu zmian! W masażu segmentarnym przy diagnostyce nie używamy środków poślizgowych, a przy terapii również staramy się ich nie używać z wyjątkiem pacjentów mających bardzo wysuszoną skórę, u których występuje zagrożenie otarcia naskórka. Tempo wykonywania ruchów jest wolne, każdą technikę powtarzamy 2–3 razy i ją przegłaskujemy.

W wyniku wykonywania masażu segmentarnego można spowodować wystąpienie przesunięć odruchowych w postaci odczuć bólowych, dysfunkcji narządowych lub nowych zmian odruchowych w poszczególnych tkankach. Zapobieganie temu zjawisku polega głównie na ścisłym przestrzeganiu zasady warstwowości oddziaływania oraz zasady nieprzekraczania progu bólowego w trakcie masażu. Wykonujący zabieg powinien znać możliwe przesunięcia odruchowe dla opracowywanej jednostki chorobowej oraz sposoby ich niwelowania podane w literaturze. W przypadku wystąpienia przesunięć odruchowych należy natychmiast przerwać wykonywany zabieg oraz dokonać usunięcia przesunięć odruchowych, stosując przedstawione w prezentacji odpowiednie techniki w określonych obszarach.

Specyfika zabiegu masażu segmentarnego wymaga dostosowania do niej specyficznej metodyki nauczania wykonywania tego rodzaju masażu oraz opracowania specyficznych kryteriów oceniania tego wykonania, odbiegających od kryteriów stosowanych do oceny wykonania masażu klasycznego. W prezentacji przedstawione są autorskie kryteria oceny.

Masaże ajurwedyjskie

Ajurweda to starożytny system medycyny indyjskiej. Termin ajurweda jest złożeniem słów ajuh – „życie” oraz weda „wiedza, nauka”. Ajurweda zajmuje się zdrowiem fizycznym, psychicznym i duchowym. Jako koncepcja zdrowia i terapii została uznana od 1979 przez Światową Organizację Zdrowia. Choć ma swoje korzenie w starożytności, jest wciąż żywo rozwijającym się holistycznym systemem leczniczym na świecie.

Według ajurwedy cały wszechświat i wszystkie istoty żywe zbudowane są z 5 żywiołów: jakimi są eter, powietrze, ogień, ziemia i woda. Każdy element jest niespotykaną, wyjątkową mieszanką tych 5 elementów, które występują pod postacią 3 energii tzw. dosh :Vaty, Pitty i Kaphy. Nasze zdrowie i dobre samopoczucie zależy od utrzymania równowagi między tymi 3 energiami, a wszystkie terapie ayurwedyjskie powstały w celu przywrócenia harmonii między doszami. Oprócz nich, istoty żyjące posiadają jeszcze jeden element: jest to Prana. Prana to siła życiowa, podstawowa energia odpowiadająca za fizyczne, umysłowe i duchowe zdrowie. Prana oznacza "oddech" i jest rozumiana, jako siła podtrzymująca życie, energia witalna. Energia ta przepływa przez kanały zwane nadi. Ajurweda uważa, że każdy człowiek zbudowany jest tych samych substancji (żywiołów), ale posiada również niepowtarzalny kod energetyczny tzw. Prakriti. Prakriti znaczy „ pierwotna natura”. To unikalna mieszanka cech, która sprawia, że każdy człowiek jest niepowtarzalny. Od Prakriti zależy więc temperament, potrzeby, zdolności, kondycja psychiczna i fizyczna oraz podatność na różne choroby.

Ayurveda swoim zasięgiem obejmuje wszelkie metody leczenia: od diety, ziołolecznictwa, zróżnicowanych terapii, ćwiczeń fizycznych, aż po jogę, medytację i masaże.

Celem wszystkich masaży ajurwedyjskich jest przywrócenie równowagi energetycznej organizmu, a więc eliminacja wszelkich dolegliwości fizycznych i psychicznych. Masaże ajurwedyjskie wykonuje się w różnych pozycjach za pomocą rąk lub stóp z zastosowaniem naturalnych olei, proszków, ziół, soli lub mleka. Do masażu wykorzystuje się między innymi stemple, rękawice, pędzle, kamienie szlachetne i półszlachetne. Masaż może wykonać jeden lub dwóch masażystów. W prawidłowym doborze rodzaju masażu pomaga masażyście, holistyczne podejście do ajurwedy.

mgr Cezary Nenczak

Zespół Szkół Policealnych, Sztum

mgr Krzysztof Sowała

Zespół Szkół Policealnych, Sztum

mgr Zbigniew PietrasWojewódzki

Zabrze

Wykorzystanie diagnostyki metody FDM (Fascial Distortion Model) w ocenie efektów masażu w terapii bólu

Założenia FDM opierają się na znajomości i rozpoznawaniu typów zaburzeń struktury, a zatem również funkcji powięzi. Kluczowa jest tutaj ocena stanu pacjenta pod kątem bólu i ograniczenia ruchomości w urazach mechanicznych i zmianach zwyrodnieniowych. Od dłuższego czasu obserwujemy w masażu tendencję leczenia układu ruchu w ujęciu holistycznym poprzez wpływ na struktury powięziowe bodźcami zewnętrznymi, powodując zmniejszenie bólu, obrzęku czy ograniczeń ruchomości.

Założenia metody mówią, że powięź, jako układ sensoryczny, informuje pacjenta o tym, gdzie jest jego problem, jak głęboko jest umiejscowiony, jak przebiega, gdzie się zaczyna, a gdzie kończy. Chory ma wiedzieć najlepiej. FDM koncentruje się na gestykulacji – bezwiednej komunikacji chorego z otoczeniem. Dotychczas diagnostyka stosowana w masażu określała bardzo pasywną rolę pacjenta. To właśnie masażysta poprzez ucisk, oglądanie i określanie stanu struktur oceniał miejsce, natężenie i charakter zmian układu. Korzystając z diagnostyki MDF, pozwalamy pacjentowi na wykazanie dużej aktywności i dokładniejsze określenie rodzaju oraz natężenia zmian.

W badaniu przeprowadzonym wspólnie ze słuchaczami Wojewódzkiego Zespołu Szkół Policealnych w Sztumie chcieliśmy ocenić przydatność diagnostyki metody FDM jako narzędzia określającego skuteczność masażu w terapii bólu. Słuchacze przeprowadzali z pacjentami badania przed i po serii zabiegów w celu określenia dystorsji. Nasze działania, oprócz rozszerzenia diagnostyki w terapii masażem, miały także charakter dydaktyczny. Ukazują słuchaczom, jak ważnym zagadnieniem w pracy masażysty jest diagnostyka. Problem ten poruszył Leszek Magiera, który mając świadomość, że masażysty przed zabiegiem nie przeprowadzają badania podmiotowego i przedmiotowego, nie znają przeciwwskazań do stosowania masażu leczniczego podjął próbę usystematyzowania diagnostyki przed zabiegiem masażu, w rozdziale „Badanie przed masażem leczniczym” w książce „Diagnostyka w kinezyterapii i masażu”.

mgr Rafał Uryzaj

Centrum Masażu i Rehabilitacji Body-Relax, Poznań

Portal Serwis-masazysta.pl

mgr Anna Kuklińska

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

dr Anna Cabak

Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa

Wpływ masażu tkanek głębokich na elastyczność struktur taśmy powierzchownej tylnej

Masaż tkanek głębokich to forma pracy terapeutycznej na tkankach miękkich prowadzona w sposób celowy, świadomy oraz nieschematyczny, wymagający znajomości zasad tensegracji oraz warstwowości tkanek. Celem tej formy terapii jest odnalezienie utrzymujących się restrykcji i nieprawidłowych napięć w obrębie układu mięśniowo-powięziowo-więzadłowego, a następnie dążenie do rozluźnienia i przywrócenia tkankom miękkim tego układu ich fizjologicznej długości, sprężystości, przesuwalności oraz elastyczności. Zrozumienie definicji i konceptu masażu tkanek głębokich, a szczególnie zasady tensegracji jest kluczem do działania terapeutycznego w obrębie taśmy powierzchownej tylnej, a także innych taśm mięśniowo-powięziowych w obrębie układu ruchu. Transmisja napięć w obrębie układu mięśniowo-powięziowego jest źródłem wielu dolegliwości, gdzie miejsce bólu rzadko jest rzeczywistą przyczyną istniejącego problemu, a tylko projekcją istniejących restrykcji często znacznie oddalonych od miejsca jego występowania. Praca w obrębie danej taśmy daje efekty uwolnienia istniejących napięć, może zlikwidować dolegliwości bólowe, ale także ma wpływ na inne taśmy mięśniowo-powięziowe powodując integracje tych struktur względem siebie. Posługiwanie się masażem tkanek głębokich jako pracy strukturalnej wymaga zatem dobrej oceny ciała „czytanie ciała” zarówno w pozycjach statycznych jak i dynamicznych.

Celem prezentowanych badań była ocena wpływu masażu tkanek głębokich na rozluźnienie i elastyczność struktur taśmy powierzchownej tylnej u osób zdrowych w wieku zawodowym.

Przebadano 120 osób w tym 47 mężczyzn oraz 73 kobiety, średnia wieku $29,68 \pm 7,80$ lat. Badanych losowo podzielono na 6 grup, każda z nich poddana była 20-minutowemu zabiegowi masażu tkanek głębokich na określonej partii mięśniowej. Zarówno przed jak i po masażu dokonano pomiaru liniowego rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Uzyskano istotne zwiększenie rozciągliwości tkanek w skłonie w przód. Największa różnica wystąpiła po masażu mięśni kulszowo-goleniowych.

Sebastian Biały

Szkoła Policealna Fizjoterapii (Polskie Towarzystwo Limfologiczne)

NZOZ Rehabilitacja s.c.

Natalia Małachwiej

NSZOZ Limfmed (Polskie Towarzystwo Limfologiczne)

Skuteczność jednorazowego zabiegu manualnego drenażu limfatycznego w zakresie redukcji obrzęku

Praca porusza problematykę oceny redukcji objętości kończyny, przy pomocy różnych metod pomiarowych. Ukazuje jednocześnie wpływ manualnego drenażu limfatycznego na redukcję objętości kończyny u pacjentów z obrzękiem limfatycznym.

Manualny drenaż limfatyczny [MDL], kojarzony najczęściej wyłącznie z delikatną techniką oddziaływania na tkanki pacjenta, wydaje się nie mieć wielkiego wpływu na zmniejszenie objętości obrzękniętej kończyny. Należy jednak zauważyć, iż w wielu przypadkach klinicznych nieodzownym elementem MDL jest zastosowanie tzw. chwytów specjalnych (zwanymi także chwytami obrzękowymi lub techniką głęboką). Ze względu na swój mocny charakter, chwytami te stają się bardziej czytelne i pozornie zrozumiałe dla obserwatora. Dzięki ich zastosowaniu dochodzi do mobilizacji płynu obrzękowego, co usprawnia jego ewakuację i redukcję objętości kończyny.

Praca prezentuje wyniki własnych obserwacji autorów, uzyskane za pomocą bardzo dokładnego urządzenia opto-elektronicznego - perometru.

Analiza powięziowych zależności w napięciowych bólach głowy

Bóle głowy stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości, z jakimi zgłaszają się pacjenci do neurologa. Obecnie opisywanych jest ponad 280 różnych rodzajów bólów głowy i między innymi dlatego stworzenie ich ujednocnionej klasyfikacji stało się jednym z najważniejszych zadań dla lekarzy zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem pacjentów z bólami głowy.

W 1988 International Headache Society (IHS) opracowało klasyfikację rodzajów bólów głowy, wyróżniono ponad 80 problemów, które podzielono na 14 grup. W 2004 roku opublikowano drugie wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ICHD-2). W obu klasyfikacjach dokonano podziału bólów głowy na samoistne i objawowe. Wśród samoistnych wyróżnia się 4 kategorie, które obejmują migrenę, ból głowy typu napięciowego, klastrowy ból głowy i inne trójdzielno-autonomiczne bóle głowy oraz inne samoistne bóle głowy. W 2016 Polska wersja klasyfikacji ICHD-3 beta została opublikowana w „Medycynie Praktycznej – Neurologia”. W przedstawionym podziale ICHD-3 beta każdy typ bólu głowy posiada dokładne kryteria diagnostyczne. Klasyfikacja ta opisuje podział na bóle pierwotne, wtórne, bolesne neuropatie nerwów czaszkowych oraz inne bóle głowy i twarzy.

Napięciowym bólowi głowy często towarzyszy występowanie punktów spustowych. Udowodniono to w wielu randomizowanych badaniach. Tkliwe miejsca, nazywane mięśniowo-powięziowymi punktami spustowymi (MPPS, ang. trigger points) zlokalizowane w obrębie wyczuwalnych pasm napiętych włókien mięśniowych dają objawy bólu rzutowanego określanego właśnie jako napięciowy ból głowy.

Powięź głowy i szyi pełnią funkcje ważnego organu propriocepcji i często stanowią komponentę napięciową bólów głowy. Celem prezentacji jest przedstawienie korelacji tkankowych prowokujących mięśnie głowy i szyi do napięcia. Na przykład prezentacja przedstawia połączenie pomiędzy mięśniami podpotylicznymi a mięśniami ruchowymi gałki ocznej. Powięź łącząca to powięź Tenona - włóknista warstwa otaczająca gałkę oczną od krawędzi ciała rzęskowego aż do wejścia n. wzrokowego, jest pochewką czterech mięśni prostych i dwóch skośnych, tworzy pochewkę dla m. dźwigacza powieki górnej.

Powięź naczaszkowa tworzy z kolei ciągłość z powięzią skroniową, pokrywając mięsień skroniowy, a z przodu staje się torebką Tenona. Powięź naczaszkowa leży pod czepcem ścięgnistym i mięśniem potylicznym. Powięź naczaszkowa jest warstwą powięzi głębokiej czepca ścięgnistego, który oddziałuje na napięcie mięśnia skroniowego, czołowego i potylicznego jest też elementem jednostki mięśniowo-powięziowego ruchu tylnego głowy.

Od struktury do chwytu. Ale jakiego?” II część

Podczas zeszłorocznego wystąpienia pokazałem, że dobór odpowiednich odkształceń do masażu winien być pochodną opracowanej struktury, a nie masowanej części ciała i bogatego wachlarza chwytów w arsenale masażysty. Skupiłem się m.in. na znaczeniu determinanty topograficznej oraz warstwowości.

Podczas kolejnego wystąpienia chcę omówić inne ważne uwarunkowania masażu, takie jak wielkość, kształt, ruchomość czy rodzaj odkształcanej tkanki (znów ta anatomia!). Te same chwytory trzeba zróżnicować pod kątem obszerności, siły nacisku, kierunku ruchu w zależności od opracowywanej struktury. Inaczej przemieszcza się rozcieraniem skórę i tkankę podskórną w obrębie grzbietu, inaczej w obrębie grupy przedniej podudzia, inaczej na kłąbie. Innym chwytem opracuje się brzusiec mięśnia dwugłowego ramienia, innym brzuszce grupy tylnej przedramienia. Jeden mięsień można w całości opracować ugniataniem, inny tym chwytem można opracować w niewielkiej jego części. Przykłady można mnożyć.

Kolejną niezwykle ważną determinantą, o ile nie najważniejszą, jest cel zabiegu. W zależności od celu należy do opracowania tej samej struktury stosować inne chwytory lub inne ich parametry, bądź jedno i drugie. Zmieniając amplitudę i częstotliwość odkształcania uzyska się zmianę efektu, np. od tonizowania do drażnienia. Prędkość wykonywanego chwytu bądź wspomóże, bądź zaburzy dystrybucję krwi, itd. Masażysta każde swe działanie musi podporządkować temu, co chce uzyskać w czasie konkretnego zabiegu, z konkretnym pacjentem w określonym stanie.

Zatem nie tylko sprawne dłonie, ale merytorycznie przygotowany umysł to atut dobrego masażysty.

dr Paweł Piątkowski

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.WAM. Klinika Ortopedii i Traumatologii, Łódź

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu Wydział Kosmetologii, Łódź

Wyższej Szkoły Informatyki i Umiejętności Wydział Pedagogiki i Promocji Zdrowia, Kierunek Fizjoterapii, Łódź

dr Kamil Piątkowski

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu Wydział Kosmetologii, Łódź

Centrum Medyczne Szpital Świętej Rodziny, Łódź

Publiczna Policealna Szkoła Medyczna, Łódź

mgr Lucyna Nagórska

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Gniezno

NZ OZ Rehabilitacja Lecznicza, Trzemeszno

Zastosowanie wibracji w masażu – charakterystyka, metodyka wykonania, wpływ na organizm człowieka i zastosowanie w różnych jednostkach chorobowych na podstawie badań naukowych

Jednym z istotnych elementów masażu klasycznego jest niedoceniana przez osoby wykonujące masaż - technika wibracji. Polega ona na „przekazywaniu za pomocą ręki masażysty lub aparatu wibracyjnego tkankom drgań mechanicznych o małej amplitudzie i znacznej częstotliwości” Z.Prochowicz

Wibrację jako jedną z form terapii stosowano już od dawna np. w starożytnych czasach Grecy używali piłkę owiniętą bawełną w celu transmisji wibracji w miejsce ciała, które według nich nie funkcjonowało prawidłowo.

W Japonii stosowano perkusję, wytwarzanej wibracji jako formy leczenia występującego bólu.

Za ojca masażu mechanicznego uważa się szwedzkiego lekarza ortopedę Gustawa Jonasa Vilhelma Zandera (1835-1920), który obok leczenia gimnastyką wprowadził leczenie za pomocą urządzeń mechanicznych w tym wibrację. Inną osobą, która zasłużyła się w promowaniu masażu w formie wibracji był amerykański lekarz John Harvey Kellogg (1852-1943). W kierowanym przez siebie sanatorium w latach 1900 szeroko stosował masaż wibracyjny.

Wibracja czyli drgania mechaniczne, które oddziałują na człowieka przez bezpośredni kontakt z jego ciałem, powinna charakteryzować się ściśle z sobą powiązаныmi parametrami: częstotliwością drgań, amplitudą odkształcenia i przyspieszeniem. Te powyższe parametry są ze sobą ściśle powiązane. Przy zmianach amplitudy i jej częstotliwości, jak również kombinacji obu tych parametrów można różnie oddziaływać na mechanoreceptory tkanek. Za odbiór wibracji odpowiadają ciała Vatera-Pacinięgo, kolby Krausego, ciała Meissnera i wolne zakończenia nerwowe. Efekt oddziaływania wibracji na struktury tkankowe zależy również od czasu jej wykonania. Podczas wykonywania wibracji ważną rolę odgrywa prawidłowe ułożenie odcinka masowanego. Zastosowanie wibracji zależy od celu zabiegu masażu np.: działanie przeciwbólowego, normalizacji napięcia tkanek, normalizacji czucia powierzchownego, zwiększenia siły mięśniowej i masy kostnej itp.

Najlepszy efekt terapeutyczny podczas wykonywania wibracji osiągniemy stosując metodę łączoną ręką plus zastosowanie aparatów lub urządzeń wibracyjnych. Umożliwia to stałą ocenę struktur tkankowych w trakcie wykonywania wibracji. Przedstawione zostaną różne aparaty wibracyjne z dawnych lat jak i współczesne.

Autorzy wystąpienia przedstawią wyniki wielu badań przeprowadzonych przez naukowców z Polski i całego świata w latach 1960-2010. Wibracja znalazła szerokie zastosowanie w leczeniu wielu schorzeń i dolegliwości, należy jednak pamiętać o wielu przeciwwskazaniach do jej stosowania.



WYŻSZA SZKOŁA
Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu
Łódź, ul. Piotrkowska 278
tel.: 42 683 44 18

STUDIA LICENCJACKIE

KOSMETOLOGIA

- podologia
- spa i odnowa biologiczna z elementami dietetyki
- wizaż i stylizacja

DIETETYKA

- żywienie zbiorowe
- psychodietetyka
- dietetyka sportowa

PEDAGOGIKA

- pedagogika resocjalizacyjna
- **pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna** *nowość !!*
- pedagogika pracy

STUDIA MAGISTERSKIE

KOSMETOLOGIA

- menadżer ośrodków SPA i WELLNESS
- podolog
- specjalista w modelowaniu ciała
- trycholog

PEDAGOGIKA

- resocjalizacja w środowisku otwartym
- pedagogika opieki i wychowania
- menadżer projektów społeczno- kulturalnych
- trener biznesu

DIETETYKA *nowość !!*

- dietetyk wieku dziecięcego
- żywienie kliniczne
- psychodietetyka
- dietetyka sportowa

STUDIA PODYPLOMOWE

PEDAGOGIKA, BHP, MEDIACJE,
PODOLOGIA, DIETETYKA i wiele innych

facebook
szkolawyzszamedyk

www.medyk.edu.pl • www.pedagog.edu.pl

