



III Ogólnopolskie Sympozjum
Rehabilitacja w Chorobach

Nerek i Układu Moczowego

STRESZCZENIA PRAC

20 - 21.10.2017

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie,
al. Jana Pawła II 78



Spis treści

Sesja I: Aktywność fizyczna a funkcjonowanie nerek

1. **Wpływ wysiłku fizycznego na nerki – co zalecać, a czego zakazać?.....6**
K. Ciechanowski
2. **Funkcja nerek u uczestników 100-kilometrowego biegu.....7**
W. Wołyniec, W. Ratkowski, K. Kasprończ, Z. Jastrzębski, S. Małgorzewicz, M. Renke
3. **Rola wysiłku fizycznego w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego i nerek.....9**
M. Holecki

Sesja II: Praktyczne aspekty rehabilitacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek

1. **Możliwości usprawniania chorych nefrologicznych w ramach NFZ z punktu widzenia lekarza rehabilitacji.....10**
B. Wruk
2. **Domowa rehabilitacja kardiologiczna dla pacjentów przewlekle hemodializowanych.....11**
K. Chojak-Fijałka, U. Chrabota, K. Kubasiak, M. Śmigiełski, E. Benedyk-Lorens
3. **Ocena czynników wpływających na przestrzeganie zalecenia aktywności fizycznej przez chorych hemodializowanych zaplanowanych do programu zorganizowanej rehabilitacji ruchowej.....13**
B. Hornik, J. Duława, J. Durmała, J. Szewieczek
4. **Sila mięśni a gęstość kości u pacjentów dializowanych.....15**
W. Dziubek, M. Kusztal, Ł. Rogowski, K. Bulińska, A. Zembroń-Łacny, W. Pawlaczyk, K. Baranowski, T. Gołębiowski, M. Klinger, M. Woźniewski
5. **Ocena wydolności fizycznej i funkcji mięśni z uwzględnieniem parametrów elektrofizjologicznych u pacjentów dializowanych z powodu niewydolności nerek uczestniczących w programie ćwiczeń.....16**
Ł. Rogowski, M. Kusztal, K. Bulińska, A. Zembroń-Łacny, T. Gołębiowski, W. Pawlaczyk, M. Klinger, M. Woźniewski, W. Dziubek

Sesja III: Rehabilitacja pacjentów po transplantacji nerki

1. **Podstawy przeszczepiania i alokacji nerek. Zasady rehabilitacji we wczesnym okresie pooperacyjnym.....18**
B. Niekowal
2. **Proces rehabilitacji pacjentów we wczesnym okresie po przeszczepie nerek – model krakowski.....19**
Z. Gruca, M. Kozerska – Drygała, D. Batycka – Stachnik
3. **Wpływ blizny pooperacyjnej po usunięciu nerki na funkcjonowanie pacjenta ...21**
M. Popajewski, J. Łupina, R. Choina, K. Kaleniecka, A. Wójcik-Załużska

Sesja IV: Plakatowa

1. **Poziom otluszczenia ciała a problem nietrzymania moczu u kobiet po 50-tym roku życia – doniesienie wstępne.....22**
J. Dryja, M. Curyło, A. Suder
2. **Problem nietrzymania moczu u kobiet po porodzie – próba oceny.....23**
B. Waśko
3. **Ocena skuteczności treningów prowadzonych zmodyfikowaną metodą Pilatesa w przewlekłych bólach kręgosłupa oraz wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet w okresie klimakterium i senu.....25**
K. Gawlińska
4. **Okres wczesnego porodu a zaburzenia czynności fizjologicznych u kobiet po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich.....27**
M. Potoczek, J. Głos
5. **Rozejście mięśni prostych brzucha u kobiet w okresie wczesnego porodu.....28**
M. Potoczek, A. Jarosińska
6. **Ćwiczenia mięśni dna miednicy a występowanie nietrzymania moczu w okresie ciąży i porodu.....30**
D. Kołomańska, M. Maj, D. Panicz
7. **Problem nietrzymania moczu wśród kobiet po 35 roku życia.....32**
J. Wąsowska
8. **Sprawność funkcjonalna pacjentów hemodializowanych.....33**
M. Liber

9. **2-minutowy test chodu w miejscu jako alternatywa dla 6-minutowego testu korytarzowego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.....35**
W. Pawlaczyk, J. Laprus, A. Zamorska, A. Malik, W. Dziubek
10. **Prawidłowe żywienie pacjentów przewlekle hemodializowanych jako jeden z elementów rehabilitacji.....36**
M. Szczypkowska, M. Pach

Sesja V: Rehabilitacja dzieci z chorobami nerek i układu moczowego

1. **Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży z chorobami nerek.....37**
A. Żurowska
2. **Podjęmowanie wysiłku fizycznego przez dzieci hemodializowane.....38**
D. Runowski
3. **Sport dzieci po transplantacji nerki.....39**
J. Rubik
4. **Indywidualne programy terapeutyczne zgodne z ICF dla pediatrycznych pacjentów nefrologicznych.....40**
M. Gasińska

Sesja VI: Rehabilitacja dorosłych z chorobami układu moczowego

1. **Ginekologia estetyczna w zaburzeniach statyki narządu rodno – zalety i wady**
.....42
K. Stangel –Wójcikiewicz
2. **Małoinwazyjne zabiegi w wysiłkowym nietrzymaniu moczu (Urethral Bulking)**
.....43
W. Smoleński
3. **Neuralgia nerwu sromowego. Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne.....45**
A. Kreska-Korus, T. Gniewek , J. Adamiak, W. Kolawa
4. **Wykorzystanie metody EMG biofeedback w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.....47**
M. Hawajska, A. Kulis
5. **Opracowanie i wdrożenie pierwszego na świecie rozwiązania telemedycznego w profilaktyce i terapii wysiłkowego nietrzymania moczu.....48**
U. Herman-Wójtowicz, H. Huras
6. **Bezinwazyjna terapia nietrzymania moczu SALUS -TALENT URO - ocena wyników terapii uzyskanych w programie pilotażowym.....50**
M. Pelczarska, M. Wiecheć
7. **Krótkoterminowe efekty głębokiej stymulacji elektromagnetycznej u kobiet z nietrzymaniem moczu.....51**
K. Walicka-Cupryś, R. Skalska-Izdebska

Wpływ wysiłku fizycznego na nerki – co zalecać, a czego zakazać?

Kazimierz Ciechanowski¹

¹Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PUM w Szczecinie

W czasie spoczynku przez nerki przepływa około 20% krwi krążącej, czyli 1 l w ciągu minuty. Podczas intensywnego wysiłku fizycznego (60 – 80% VO_2 max) przepływ krwi przez nerki zmniejsza się do 1% minutowego rzutu serca (250 ml/min! – 1% z 25l!). Organizm oszczędza wodę, normalnie wydalanej przez nerki, gdyż jest ona potrzebna (pocenie i odparowanie potu) do rozpraszania ciepła wytwarzanego podczas wysiłku – 1 litr potu to jednocześnie utrata 600 kcal. Powtarzane zmiany w ukrwieniu nerek są korzystne („hartowanie”!) jeżeli zapewniamy właściwe nawadnianie – restytucję płynową – wysiłek przy właściwym nawodnieniu oraz uzupełnianie płynów w trakcie i po wysiłku. Każdy długotrwały wysiłek, typu biegu maratońskiego, skutkuje wzrostem kreatyninemia rzędu 0,3 mg/dl, więc spełniającym u połowy uczestników kryterium „R” – risk i u 10% „I” – injury (RIFLE) ostrego uszkodzenia nerek (AKI). Jest to zjawisko odwracalne jeżeli nie jest wywołane rabdomiolizą, hipertermią czy odwodnieniem u osób przyjmujących nlpz. Rabdomioliza może wystąpić u nieprzygotowanych osób niezależnie od długotrwałości i intensywności wysiłku fizycznego – nawet w trakcie pierwszej wizyty w siłowni! Statyczne wysiłki mogą poza tym prowadzić do znacznych zmian w miększu nerki, gdyż w trakcie takiego wysiłku (wyciskanie ciężaru) skurczowe ciśnienie krwi wzrasta do 300 – 400 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe do 150 – 200 mm Hg a ciśnienie śródbrzuszne do 150 mm Hg. U osób uprawiających taki „sport” najbardziej szkodliwe jest przyjmowanie dużych ilości białka (nawet do 5 g/kg/d!), co prowadzi przewlekłej kwasicy z uszkodzeniem mięśni (!), kośćca i nerek. Zalecany jest „zdrowy” wysiłek fizyczny tzn. umiarkowany „prozdrowotny”. Niewskazane są „eskrema” – zbyt ciężkie, zbyt długie, w nieprzyjaznych warunkach termicznych. Zabronić należałoby wszystkiego, czego uczestnicy siłowni sprzedają sobie „na lewo”.

Funkcja nerek u uczestników 100-kilometrowego biegu

Wojciech Wołyniec^{1,2}, Wojciech Ratkowski³, Katarzyna Kasprówicz⁴, Zbigniew Jastrzębski⁵, Sylwia Małgorzewicz⁶, Marcin Renke¹

¹Klinika Chorób Zawodowych, Metabolicznych i Wewnętrznych GUMed.

²Oddział Nefrologiczny, Szpital Morski im PCK, Szpitale Pomorskie w Gdyni

³Zakład Lekkiej Atletyki, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk.

⁴Zakład Biologii, Ekologii i Medycyny Sportu, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk.

⁵Zakład Biomedycznych Podstaw Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk.

⁶Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Systematyczny wysiłek fizyczny przynosi wiele korzyści dla zdrowia. Jednocześnie bardzo intensywny i długotrwały wysiłek obciążony jest ryzykiem wystąpienia ciężkich, choć rzadkich powikłań jak nagłe zatrzymanie krążenia czy ostre uszkodzenie nerek (AKI). Najczęściej opisywane zmiany dotyczące układu moczowego w czasie długotrwałego wysiłku to spadek filtracji kłębuszkowej (GFR), pojawienie się białkomoczu oraz zaburzenia elektrolitowe, głównie hipo- lub hipernatremia i hiperkaliemia. Obniżenie GFR było opisywane w wielu pracach, w niektórych z nich AKI rozpoznawano aż u 40% uczestników maratonu. Białkomocz po wysiłku dotyczy praktycznie wszystkich biegaczy, uważa się, że jego wielkość zależy od intensywności wysiłku. Zaburzenia elektrolitowe obserwuje się zazwyczaj u biegaczy odwodnionych lub przyjmujących zbyt duże ilości płynów.

Materiał i metody: W badaniu, w czasie którego uczestnicy mieli przebiec 100 km, wzięło udział 20 zdrowych biegaczy amatorów, mężczyzn, średnia wieku 40.7 lat, średnia masa ciała 76,87 kg. U każdego uczestnika przed biegiem, po każdych 25 km biegu oraz 12 godzin po jego zakończeniu pobrano krew na badania. Ponadto uczestnicy przed i po biegu wykonali 12 godzinne zbiórki moczu, a w czasie biegu 4 zbiórki co 25 km. Na podstawie badań moczu i krwi obliczony został klirens kreatyniny (ClCr), frakcyjne wydalenie sodu (FeNa) i potasu (FeK). Na podstawie poziomu kreatyniny określono GFR za pomocą wzorów MDRD i CKD-EPI oraz klirens kreatyniny na podstawie wzoru Cockcrofta-Gaulta (eClCr C-G). Obliczono stosunek albuminy do kreatyniny w moczu (ACR, mg/g) i sodu do potasu w moczu (Na/K).

Wyniki: 17 biegaczy ukończyło badanie. Stwierdzono statystycznie istotny wzrost poziomu kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego w czasie biegu ($p < 0.05$), Średni wzrost kreatyniny wynosił 0,21 mg/dl (24,53%). 5 biegaczy spełniało kryteria KDIGO rozpoznania AKI. Wartości eGFR MDRD, eGFR CKD EPI i eCrCl C-G były statystycznie obniżone w czasie biegu ($p < 0.05$). Jednocześnie obliczony ze zbiorów moczu ClCr pozostał bez zmian. W czasie biegu albuminuria wzrastała, największy wzrost ACR zanotowano po ostatnich 25 km biegu. Poziom Na i K wzrósł w czasie biegu, a po 12 godzinach odpoczynku był niższy niż przed biegiem. Obserwowano wzrost FeK oraz obniżenie FeNa i współczynnika Na/K w czasie biegu ($p < 0.05$). Niski Na/K i podwyższony FeK utrzymywał się nadal po 12 godzinach odpoczynku.

Wnioski: W przeciwieństwie do większości wcześniejszych badań u uczestników 100 km biegu nie stwierdzono obniżenia filtracji kłębuszkowej. Wynika to z faktu zmierzenia ClCr a nie oszacowania go na podstawie wzorów. Wzory do obliczania GFR nie są wartościowe przy ocenie filtracji u młodych, zdrowych osób, aktywnych fizycznie z względnie dużą masą mięśniową. Białkomocz w przedstawionym badaniu nie miał związku z intensywnością wysiłku. Najwyższe wartości ACR stwierdzono pod koniec biegu, kiedy tempo było najniższe, a zmęczenie największe. W czasie biegu obserwowane były znaczne różnice w frakcyjnym wydalaniu sodu i potasu. Część tych zmian utrzymywała się 12 godzin po biegu.

Rola wysiłku fizycznego w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego i nerek

Michał Holec¹

¹ Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia i dobrego samopoczucia jest akceptowane przez większość społeczeństwa. Nie mniej jednak większość ludzi w krajach wysoko rozwiniętych nie podejmuje nawet minimalnej aktywności fizycznej. W krajach Unii Europejskiej, co najmniej dwóm trzecim osób powyżej 15. roku życia aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności zajmuje mniej niż 30 minut dziennie.

Brak aktywności fizycznej jest czwartym (z dziewiętnastu), po nadciśnieniu tętniczym, paleniu tytoniu i hiperglikemii, najczęstszym czynnikiem ryzyka zgonu. Ponadto 5 najczęstszych grup schorzeń będących przyczyną zgonów w Stanach Zjednoczonych (w tym choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca) związana jest z brakiem aktywności fizycznej. Co ciekawe, mała wydolność fizyczna, a co za tym idzie sprawność układu sercowo-naczyniowego, wiąże się z większym ryzykiem zgonu niż palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia. Mimo to, czynniki ryzyka o których mowa, tradycyjnie cieszą się większym zainteresowaniem lekarzy niż poziom aktywności fizycznej.

Udowodniono ponad wszelką wątpliwość, że efektem całkowitego braku jakiegokolwiek aktywności fizycznej u osób zdrowych, trwającym dłużej niż 3 tygodnie jest ubytek masy mięśniowej i kostnej, narastanie insulinooporności, zmniejszenie rzutu serca o 30%, hipotensja ortostatyczna, zmniejszenie wydolności fizycznej i pogorszenie czynności układu odpornościowego.

Z drugiej strony, zwiększenie wydatku energetycznego o odpowiednio 1600kcal/tydz. i 2200kcal/tydz., wiąże się z hamowaniem progresji choroby wieńcowej oraz redukcją wielkości blaszki miażdżycowej, a co za tym idzie, ze zmniejszeniem względnego ryzyka zgonu o około 20-35%, zarówno u mężczyzn jak i kobiet. Co więcej, ćwiczenia aerobowe zmniejszają tempo progresji przewlekłej choroby nerek.

W niniejszym wykładzie przedstawiona zostanie rola aktywności fizycznej w zapobieganiu chorobom układu sercowo-naczyniowego i nerek.

Możliwość usprawniania chorych nefrologicznych w ramach NFZ z punktu widzenia lekarza rehabilitacji

Berenika Wruk ¹

¹Oddział Rehabilitacji Neurologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

Regularna aktywność ruchowa to prosta, niedoceniana i tania forma profilaktyki i leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, przy uwzględnieniu wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u tych chorych.

Problem leczenia usprawniającego chorych z przewlekłą niewydolnością nerek jest w Polsce zaniedbywany. Mimo szerokiego spektrum usług rehabilitacyjnych w trybie stacjonarnym (rehabilitacja neurologiczna, kardiologiczna, pulmonologiczna, narządu ruchu) i ambulatoryjnym, w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych aktualnie przez NFZ, chorzy z przewlekłą niewydolnością nerek nie kwalifikują się do usprawniania ani w trybie pilnym, ani stabilnym. Chorzy ci, podobnie jak inni pacjenci mogą skorzystać z rehabilitacji, w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, z uwagi na inne choroby które mogą współistnieć, tj. jak: stan po udarze mózgu, stan po zawale serca, ból w przebiegu zwyrodnienia stawu lub stan po endoprotezoplastyce stawu. Jednak w żaden sposób kryteria kwalifikacji do świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie uwzględniają szczególnej wrażliwości chorych z niewydolnością nerek i specyfiki tej grupy chorych.

Biorąc pod uwagę liczbę chorych z przewlekłą niewydolnością nerek w Polsce i koszty ich leczenia (farmakoterapia, dializoterapia, przeszczep nerki) oraz wyniki badań wskazujące na istotny wpływ rehabilitacji na jakość życia i poprawę funkcjonowania, finansowanie ze środków publicznych usprawniania tej grupy chorych wydaje się ważnym i pomijanym elementem postępowania.

Domowa rehabilitacja kardiologiczna dla pacjentów przewlekle hemodializowanych

**Katarzyna Chojak-Fijałka¹, Urszula Chrabota², Katarzyna Kubasiak³,
Michał Śmigielski⁴, Ewa Benedyk-Lorens⁴**

¹Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej, Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

²Zakład Klinicznych Form Terapii Zajęciowej, Katedra Terapii Zajęciowej, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

³Studia doktoranckie, Wydział Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

⁴Centrum Dializ Fresenius Nephrocare – Ośrodek nr 18 w Krakowie, os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

Wstęp: Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w populacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Regularna aktywność fizyczna uznawana jest za czynnik zmniejszający ryzyko ich wystąpienia a także może wspomagać leczenie i poprawiać jakość życia. Większość dotychczas prowadzonych programów rehabilitacyjnych prowadzona była śróddializacyjnie lub w ambulatorium. Celowym wydaje się wprowadzenie programu domowej rehabilitacji jako rozszerzenie dostępnej formy terapii.

Cel: Ocena możliwości kwalifikacji pacjentów przewlekle hemodializowanych do programu domowej rehabilitacji kardiologicznej oraz analiza stosowania się do zaleceń częstotliwości podejmowania treningu przez ćwiczących pacjentów.

Materiał i metoda: Program przeprowadzono w Stacji Hemodializ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare – Ośrodek nr 18 w Krakowie, os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków. Kwalifikację przeprowadzono w okresie od 01.06.2015r. do 30.09.2016r. Kwalifikację przeprowadzono na podstawie oceny medycznej i rozmowy informacyjnej. Stopień uczestnictwa określono poprzez wywiad. Interwencja polegała na uczestnictwie w 6-miesięcznym domowym programie rehabilitacji podzielonym na dwa okresy obserwacyjne, każdy po 3 miesiące. Pacjentom zalecano wykonanie treningu minimum 3 razy w tygodniu. Składał się on z rozgrzewki, części głównej w formie wysiłku interwałowego na stacjonarnym ergometrze rowerowym i części uspakajającej. Długość i intensywność dobrana została indywidualnie.

Wyniki: W okresie kwalifikacji leczeniem objętych było 266 pacjentów. W tym czasie odnotowano 56 zgonów. Na podstawie przeprowadzonej oceny do projektu nie

zakwalifikowano 129 pacjentów z powodów zdrowotnych i 22 z powodu zbyt krótkiego czasu leczenia hemodializami. Wstępnie zakwalifikowano 115 pacjentów (co stanowiło 43,33% leczonych pacjentów). Z tej grupy po przeprowadzeniu rozmowy informacyjnej 50 pacjentów wyraziło zgodę na uczestnictwo w projekcie. Następnie przeprowadzono kwalifikację kardiologiczną. Ostatecznie program rozpoczęło 45 osób. Zostały one losowo przydzielone do grupy ćwiczącej i kontrolnej. Udział w projekcie w grupie ćwiczącej rozpoczęło 31 pacjentów. Pełen 3-miesięczny program treningowy ukończyło 22, a 6-miesięczny 19 pacjentów.

Analizie poddano również stosowanie się do zaleceń treningowych w zakresie częstotliwości podejmowania treningu. Na potrzeby analizy średniej ilości treningów w tygodniu badanych podzielono na 5 grup: I > 3 treningów, II 3 treningi, III 2 treningi, IV 1 trening, V <1 treningu. W pierwszym okresie obserwacji rozkład procentowy na grupy I do V wynosił odpowiednio: 27%, 32%, 27%, 9%, 5%. W drugim okresie badawczym odpowiednio: 10,5%, 21%, 42%, 16%, 10,5%.

Wnioski

- Ponad połowa pacjentów przewlekle hemodializowanych nie spełnia kryteriów kwalifikacji do samodzielnego programu domowej rehabilitacji ze względów stanu zdrowia.
- Niestety ponad połowa pacjentów zakwalifikowanych przez nefrologa nie jest zainteresowana uczestnictwem w programie domowej rehabilitacji.
- Istnieje potrzeba edukacji pacjentów przewlekle hemodializowanych w zakresie potencjalnego pozytywnego wpływu regularnej aktywności fizycznej na stan zdrowia i jakość życia.
- Należy rozważyć wprowadzenie nadzoru i dopingu w trakcie trwania programów domowej rehabilitacji ponieważ nie wszyscy badani stosowali się do zaleceń w zakresie tygodniowej częstotliwości podejmowania treningu.

Ocena czynników wpływających na przestrzeganie zalecenia aktywności fizycznej przez chorych hemodializowanych zaplanowanych do programu zorganizowanej rehabilitacji ruchowej

Beata Hornik¹, Jan Duława^{2,3}, Jacek Durmała⁴, Jan Szewieczek⁵

¹Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Klinika i Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Stacja Dializ Diaverum Katowice Ziołowa

⁴Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁵Klinika Geriatrii Katedry Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników wpływających na czynność układu sercowo-naczyniowego. Bariery w podejmowaniu wysiłku należy oceniać indywidualnie u każdego chorego hemodializowanego. Celem pracy była ocena stopnia przestrzegania przez chorych hemodializowanych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej oraz określenie czynników mających największy wpływ na przestrzeganie tych zaleceń. Oceny dokonano pod kątem możliwości zakwalifikowania chorych do zorganizowanego programu aktywności fizycznej.

Grupę badaną stanowiło 72 chorych (36 kobiet i 36 mężczyzn) w wieku $57,8 \pm 16,0$ lat ($\bar{x} \pm SD$). U wszystkich chorych zastosowano następujące kwestionariusze: autorski kwestionariusz wywiadu na temat świadomości i przestrzegania zalecenia aktywności fizycznej, oceny jakości życia KDQOL-SF 1.3 (ang. *Kidney Disease Quality of Life*), oceny lęku i niepokoju STAI (ang. *State – Trait Anxiety Inventory*), skalę akceptacji choroby AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*), skalę oceny sprawności funkcjonalnej: ADL (ang. *Activities of Daily Living*), IADL (ang. *Instrumental Activities of Daily Living*), Barthel (ang. *Barthel Index of Activities of Daily Living*). Ocena obejmowała także wzrok, słuch i mobilność. Dokonano także analizy dokumentacji medycznej badanych. Integralną częścią badania były działania ukierunkowane na edukację i przedstawienie możliwości uczestniczenia w zorganizowanym programie aktywności ruchowej. Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną przy Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (decyzja NN-6501-44/06).

Analiza statystyczna została przeprowadzona z wykorzystaniem programu statystycznego R. Przyjęto poziom istotności na poziomie $p < 0,05$. Oceniono stopień przestrzegania zaleceń regularnej aktywności fizycznej oraz czynniki wpływające na *adherence* w tym zakresie. Zalecenia dotyczące aktywności fizycznej sprawiały chorym duże trudności. Największy wpływ na przestrzeganie zalecenia regularnego wysiłku fizycznego miała świadomość zaleceń, czynniki medyczne, w tym rodzaj dostępu naczyniowego i przyczyna schyłkowej niewydolności nerek, stopień sprawności funkcjonalnej, zwłaszcza upośledzenie wzroku i jakość życia. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki, umowa nr 2737/B/P01/2011/40.

Siła mięśni a gęstość kości u pacjentów dializowanych

**Dziubek W¹, Kuształ M², Rogowski Ł³, Bulińska K¹, Zembroń-Łacny A⁴,
Pawlaczyk W¹, Baranowski K¹, Gołębiowski T², Klinger M², Woźniowski M¹**

¹Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

²Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytet Medyczny, Wrocław

³Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna, Wrocław

⁴Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Wstęp: Przewlekła niewydolność nerek jest poważnym problemem zdrowotnym. Śmiertelność w grupie pacjentów w fazie końcowej jest 10-20 razy większa niż w populacji ogólnej. Towarzyszy jej szereg chorób współistniejących, m.in. pacjenci mają różne powikłania mięśniowo-szkieletowe. Znacznie osłabiona jest siła mięśniowa, która powoduje spadek aktywności, pogorszenie standardu życia i prowadzi do osłabienia organizmu. Również zwiększa się ryzyko wystąpienia osteopenii lub osteoporozy. Różne badania mają często sprzeczne wyniki co do korelacji między tymi czynnikami.

Cel pracy: Ocena siły mięśniowej oraz gęstości kości u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek i wpływu lat dializy na te parametry oraz sprawdzenie u której płci dolegliwości występują częściej

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 76 osób, w tym 29 kobiet i 47 mężczyzn w wieku 42-90 lat. Wszyscy w ostatnim stadium przewlekłej niewydolności nerek, z czasem dializowania 2-13 lat. Zbadana została u nich gęstość kości przy użyciu DXA, oraz zostały przeprowadzone testy na ocenę siły mięśniowej kończyn dolnych i górnych.

Wyniki: Wykazano znaczną zależność między siłą mięśniową a gęstością kości u pacjentów. Wyniki były różne dla płci, u mężczyzn większy spadek siły mięśni kończyn górnych, u kobiet kończyn dolnych, jak również większy spadek gęstości kości wystąpił w grupie kobiet.

Wnioski: Wykazano związki między siłą mięśniową a gęstością kości, szczególnie u pacjentów dializowanych, którzy są narażeni na szereg innych czynników chorobowych. Wprowadzenie ćwiczeń fizycznych u tych pacjentów powinno poprawić te parametry i ich jakość życia.

Ocena wydolności fizycznej i funkcji mięśni z uwzględnieniem parametrów elektrofizjologicznych u pacjentów dializowanych z powodu niewydolności nerek uczestniczących w programie ćwiczeń

Rogowski Ł¹, Kuształ M², Bulińska K³, Zembroń-Łacny A⁴, Gołębiowski T², Pawlaczyk W³, Klinger M², Woźniowski M³, Dziubek W³

¹Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna, Wrocław

²Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytet Medyczny, Wrocław

³Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

⁴Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra

Wstęp: Częste dializy oraz szereg chorób współistniejących towarzyszących chorym z PNN powodują zmniejszenie ich ogólnej sprawności. Spadek masy mięśniowej i niedożywienie nie tylko zwiększa prawdopodobieństwo urazów, ale ogranicza wykonywanie czynności życia codziennego, obniżając jakość życia chorych. Programując rehabilitację, uwzględniając postępujący proces miopatii szkieletowej u chorych z PNN, ukierunkowuje się ją na zwiększenie siły i wytrzymałości mięśniowej, to jest na czynniki warunkujące tolerancję wysiłku fizycznego, a w konsekwencji również jakość życia i sprawność fizyczną w życiu codziennym pacjenta. Dlatego tak ważne jest znaczenie ćwiczeń fizycznych, nie tylko w okresie między dializami, ale również podczas samej hemodializy.

Cel pracy: Ocena wpływu sześciomiesięcznych treningów na aktywność elektrofizjologiczną mięśni, parametry siłowo-prędkościowe oraz jakość życia pacjentów dializowanych.

Materiał i metody: Badaniom zostali poddani pacjenci dializowani, podzielono ich na 3 grupy. Treningi z każdą z 3 grup prowadzone były przez okres 6 miesięcy, 3 razy w tygodniu (I i II grupa) oraz 2 razy w tygodniu (III grupa), czas 60 minut.

I grupa- 25 pacjentów z PNN, poddanych kontrolowanemu treningowi siłowemu (oporowemu) podczas zabiegu hemodializy

II grupa- 25 pacjentów z PNN, poddanych kontrolowanemu treningowi wytrzymałościowemu podczas zabiegu hemodializy na rotorze MOTOMed letto,

III grupa- 25 pacjentów z PNN uczestniczących 2 x w tygodniu w dniach bez dializ w treningach Tai Chi,

Liczba stanowisk do dializy oraz stan zdrowia pacjentów (ewentualna rezygnacja) ograniczała liczebność poszczególnych grup poddanych różnym treningom.

Na początku programu i po okresie 6 miesięcy pacjenci byli poddani następującym badaniom:

- Badanie siły kończyn dolnych w statyce i dynamice oraz badanie elektromiograficzne mięśni (EMG) – stanowisko do badań izokinetycznych Multi Joint 4 firmy Biodex.
- Próba ergospirometryczna (VO_2max) na ergospirometrze K4b2 firmy Cosmed.
- Badanie jakości życia - kwestionariusz jakości życia KDQoL.

Wszystkie badania były wykonane przy udziale lekarza nefrologa.

Treningi i badania kwestionariuszowe odbywały się podczas zabiegu hemodializy w Stacji Dializ w Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK we Wrocławiu, prowadzone były pod stałym nadzorem lekarza nefrologa oraz fizjoterapeuty, natomiast treningi Tai Chi odbywały się w sali gimnastycznej Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu.

Uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu na realizację projektu badawczego.

Badania zostały wykonane w ramach projektu z Narodowego Centrum Nauki - grant nr 2011/03 / B / NZ7 / 01764.

Spodziewane wyniki i ich przewidywane wykorzystanie:

Hipoteza badawcza zakłada, iż w wyniku treningu mięśni dojdzie do poprawy parametrów elektroneurofizjologicznych mięśni, parametrów wytrzymałości i siły mięśniowej chorych oraz dojdzie do zwiększenia wydolności układu sercowo-naczyniowego.

Spodziewanym efektem będzie również porównanie wpływu trzech modeli treningu, zidentyfikowanie tych najbardziej korzystnych i efektywnych dla pacjentów hemodializowanych w odniesieniu do poprawy ich sprawności fizycznej.

Podstawy przeszczepiania i alokacji nerek. Zasady rehabilitacji we wczesnym okresie pooperacyjnym

B. Niekowal

Brak streszczenia

Proces rehabilitacji pacjentów we wczesnym okresie po przeszczepie nerek – model krakowski

Zdzisław Gruca¹, Małgorzata Kozerska – Drygała¹, Dominika Batycka – Stachnik^{1,2}

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II

²Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych

Wstęp: Przewlekła choroba nerek oraz jej leczenie (dializoterapia, przeszczep nerki) wywołują wiele następstw w życiu chorego. Spadek wydolności fizycznej spowodowany m.in. zaburzeniami mięśniowo- szkieletowymi, współistniejącymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, niedożywieniem, stanem przewlekłego zapalenia i wyniszczenia, a co za tym idzie siedzącym trybem życia przyczynia się do zmniejszenia możliwości funkcjonalnych pacjenta. Długotrwałe leczenie (zależność od aparatury medycznej, przyjmowanych leków) może dodatkowo powodować zaburzenia funkcjonowania w sferze społecznej i zawodowej. W Polsce wykonuje się w ostatnich latach około 1000 przeszczepów nerek rocznie (2014 r. – 1064, 2015 r.- 958, 2016 r.- 978). W związku z tym konieczne jest szybkie wdrożenie programu kompleksowej rehabilitacji w tej dużej grupie pacjentów w celu zminimalizowania skutków choroby.

Cel pracy: Celem pracy była przedstawienie modelu rehabilitacji pacjentów we wczesnym okresie po przeszczepie nerek opracowany w krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

Materiał i metody: Analizie poddano 102 pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia nerek w okresie od sierpnia 2014 do kwietnia 2017. Pacjenci byli rehabilitowani według autorskiego programu fizjoterapii opracowanego przez Zespół Oddziału Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

Wyniki: Pacjenci byli rehabilitowani od zerowej doby pooperacyjnej dwa razy w ciągu doby. Program rehabilitacji obejmował ćwiczenia oddechowe, ogólnokondycyjne, przeciwzakrzepowe oraz szybkie uruchamianie pacjenta (2 doba w przypadku niepowikłanego przebiegu). Średni czas pobytu pacjentów w szpitalu wynosił 13,57 ($\pm$ 9,57)

dnia. Tylko w przypadku dwóch osób wystąpiły powikłania płucne we wczesnym okresie po zabiegu.

Wnioski: Wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji po zabiegu przeszczepienia nerki wpływa na możliwości szybkiego uruchomienia, poprawy jakości życia oraz minimalizuje ryzyko powikłań w bezpośrednim okresie po zabiegowym.

Wpływ blizny pooperacyjnej po usunięciu nerki na funkcjonowanie pacjenta

Michał Popajewski¹, Jakub Łupina¹, Katarzyna Kaleniecka¹, Rafał Choina¹, Alicja Wójcik-Zaluska¹

¹ II Zakład Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Nefrektomia jest operacją polegającą na chirurgicznym usunięciu nerki. Zabieg może być wykonywany z dostępu przezotrzewnowego lub pozaotrzewnowego. Postępowanie chirurgiczne przebiegające z naruszeniem kolejnych warstw skóry położonych głębiej, nawet po prawidłowo przebiegającym procesie gojenia się rany zostawia na niej widoczną zmianę, która budową, zabarwieniem, strukturą i funkcją nie przypomina zdrowej tkanki. Blizny zazwyczaj nie stanowią problemu dla pacjenta i fizjoterapeuty w aspekcie wizualnym, jednak komplikacje zaczynają się, gdy rana była na tyle głęboka, że uszkodziła powięź oraz struktury tkankowe leżące pod nią. Blizna pooperacyjna w obrębie przednio-bocznej lub bocznej części brzucha powstała w wyniku przecięcia skóry, powięzi, mięśni oraz otrzewnej, może doprowadzić do wytworzenia tzw. zrostów, czyli nieprawidłowych połączeń pomiędzy tymi strukturami. Powoduje to zaburzenie "ślizgu" między tkankami, równowagi mięśniowo-powięziowej w całym ciele i może wywołać ból w układzie ruchu oraz zaburzenia ze strony innych narządów wewnętrznych. Nie tylko rana pooperacyjna jako blizna stanowi problem, ale również okres unieruchomienia jaki jest potrzebny do wygojenia miejsca cięcia. Czas ten wpływa niekorzystnie na ogólny stan pacjenta, powodując problemy z układem oddechowym, krążenia oraz mięśniowo-szkieletowym, dlatego podejście fizjoterapeutyczne powinno być holistyczne, obejmujące oprócz pracy z poszczególnymi układami także mobilizację blizny.

Poziom otłuszczenia ciała a problem nietrzymania moczu u kobiet po 50-tym roku życia – doniesienie wstępne

Jagoda Dryja¹, Marta Curyło², Agnieszka Suder³

¹ Koło Naukowe „Triada”, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie

² Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie

³ Zakład Anatomii, Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie

Cel pracy: Oceny częstości występowania problemu nietrzymania moczu u kobiet z nadwagą i otyłością po 50-tym roku życia oraz ocena związku pomiędzy wybranymi wskaźnikami otłuszczenia ciała i dystrybucji tkanki tłuszczowej a występowaniem inkontynencji.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w klubach seniora na terenie Krakowa. Grupę stanowiły 52 kobiety, w wieku 50 – 79 lat. W celu zbadania komponentów składu masy ciała, poziomu otłuszczenia oraz dystrybucji tkanki tłuszczowej wykorzystano metodę impedancji bioelektrycznej ciała przy użyciu analizatora składu masy ciała, pomiaru fałdów skórno-tłuszczowych przy pomocy fałdomierza oraz pomiaru obwodów. Wykonano pomiary masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder, obwodu uda, grubości fałdów skórno-tłuszczowych na kończynach i tułowiu. Z uzyskanych pomiarów wyznaczono wskaźnik BMI, WC, WHR, WTR, CI, SF, ESS, TSS oraz TER. Metodą BIA zebrano dane na temat FFM, % BF oraz %TBW.

Podsumowanie i wnioski: U 73% spośród wszystkich otyłych kobiet oraz u 64% pań z nadwagą stwierdzono dolegliwości w postaci nietrzymania moczu. Wykazano znamienność statystyczną pomiędzy zwiększoną ilością tkanki tłuszczowej a występowaniem nietrzymania moczu. Zaobserwowano związek pomiędzy występowaniem tego problemu a wartością wskaźnika obwodu talii. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wskaźnikiem BMI, a występowaniem inkontynencji. Nie wykazano zależności pomiędzy wskaźnikiem talia-biodro a występowaniem dysfunkcji nietrzymania moczu.

Problem nietrzymania moczu u kobiet po porodzie - próba oceny

Beata Waśko¹

¹Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Cel pracy: Głównym celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu ciąży i porodu na występowanie zaburzeń uroinekologicznych wśród młodych kobiet pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Próbowano również ocenić wiedzę kobiet na temat sposobów zapobiegania schorzeniom wynikającym z dysfunkcji mięśni dna.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w okresie od 6 do 22 lutego 2017 r. Wśród 176 kobiet kryteriami włączenia do badań był wiek kobiet pomiędzy 20 a 40 rokiem życia, odbycie jednego lub większej ilości porodów fizjologicznych lub operacyjnych. Narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy był kwestionariusz ankiety.

Podsumowanie i wnioski: U każdej z badanych kobiet występuje przynajmniej jedno zaburzenia uroinekologiczne. Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami są: gazy pochwowe, nietrzymanie moczu typu wysiłkowego i mieszanego, niekontrolowane gazy oraz ból przy stosunkach seksualnych. Według przeprowadzonych badań aktywność fizyczna nie jest czynnikiem, który ma istotny związek z występowaniem nietrzymania moczu u kobiet. BMI ma znaczący wpływ zarówno przed ciążą jak i po ciąży na występowanie problemu nietrzymania moczu. Kobiety mające wyższe BMI niż zalecane przez Instytut Zdrowia mają częściej ten problem niż kobiety utrzymujące prawidłowe BMI. Kobiety, których przyrost masy ciała w ciąży był zbyt duży oraz te, które odżywiały się nieprawidłowo mają większe problemy z nietrzymaniem moczu niż te, których masa ciała była prawidłowa. Kobiety rodzące siłami natury mają znacznie większe problemy związane z nietrzymaniem moczu niż te panie, które rodziły przez cięcie cesarskie. Kobiety biorące udział w badaniach wiedzą jak zapobiegać problemom uroinekologicznym, jednak ponad połowa badanych nie wykonywała ćwiczeń na mięśnie dna miednicy przed ciążą. Natomiast po ciąży prawie połowa kobiet wykonuje ćwiczenia angażujące mięśnie dna miednicy. Przeprowadzone badania pokazują, że zaburzenia uroinekologiczne stanowią istotny problem w badanej grupie kobiet. Zadawalający jest fakt, iż badane są świadome istniejących problemów jednak

brak działań praktycznych idących w kierunku profilaktyki i leczenia tych objawów pokazuje ogromną rolę fizjoterapeutów, którzy do takich działań powinni zachęcać młode matki.

Ocena skuteczności treningów prowadzonych zmodyfikowaną metodą Pilatesa w przewlekłych bólach kręgosłupa oraz wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet w okresie klimakterium i senium

Kamila Gawlińska¹

¹ Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Wstęp: Jedną z najczęściej spotykanych dolegliwości współczesnego społeczeństwa są bóle dolnego odcinka kręgosłupa. Kolejną, znacznie rzadziej konsultowaną, są problemy nietrzymania moczu.

Cel pracy: Celem eksperymentu było zbadanie, czy treningi zmodyfikowaną metodą Pilatesa pomagają zmniejszyć lub wyeliminować ból dolnego odcinka kręgosłupa jednocześnie poprawiając trzymanie moczu.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone wśród 12 kobiet w wieku 50-67 lat na terenie Domu Kultury Inspiro w Podłężu. Uczestniczki, podzielone na dwie grupy, dwa razy w tygodniu przez 8 tygodni brały udział w godzinnych treningach zmodyfikowaną metodą Pilatesa.

Efekty treningów sprawdzane były poprzez następujące testy i kwestionariusze: test Schobera, dzienniczek mikcji, skalę bólu Laitinena, kwestionariusz ICIQ-UI SF, kwestionariusz Gaudenza do oceny nietrzymania moczu oraz kwestionariusz ICIQ-Lutsqol oceniający jakość życia. Pomiary dokonywane były przed rozpoczęciem treningów, po miesiącu i po dwóch miesiącach terapii.

Wyniki: Z badań wynika, że w eksperymentalnej grupie kobiet zmniejszyło się odczucie natężenia bólu kręgosłupa oraz nastąpiło polepszenie samopoczucia i komfortu życia po miesiącu i po dwóch miesiącach treningu. Początkowo odnotowano zmniejszenie się liczby osób deklarujących popuszczanie moczu, jednak tendencja ta nie utrzymała się po kolejnym miesiącu terapii.

Wnioski: W badanej grupie kobiet trening przyniósł pozytywny efekt, jednak uzyskanych wyników nie można odnieść do szerszego grona osób borykających się z problemami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa oraz wysiłkowym nietrzymaniem moczu ze względu na ograniczenia badań. Istnieje potrzeba przeprowadzenia szerszych badań w tym kierunku.

Okres wczesnego połogu, a zaburzenia czynności fizjologicznych u kobiet po porodach siłami natury oraz po cięciach cesarskich

Magdalena Potoczek^{1,2}, Jagoda Głos

¹Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie,

²NZOZ Szpital Położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Wstęp: Wczesny połóg może wiązać się z licznymi objawami ze strony układu moczowo-płciowego oraz wydalniczego, co wpływa na pogorszenie jakości życia kobiet w tym okresie. Część z tych symptomów składa się na fizjologię okresu poporodowego, jednak niektóre z nich mogą świadczyć o rozwijającej się patologii. Ważnym elementem profilaktyki zaburzeń sfery uroginekologicznej w połogu jest wczesna fizjoterapia połogowa.

Cel: Celem pracy była próba oceny występowania zaburzeń czynności fizjologicznych w pierwszych 3 dobach połogu w zależności od sposobu rozwiązania ciąży. Dodatkowo postanowiono sprawdzić czy na oddziałach położniczych prowadzona jest fizjoterapia połogowa.

Materiał i metoda: Badania zostały przeprowadzone w marcu i kwietniu 2017 roku i stanowią one część większego projektu badawczego. Przebadano 40 położnic hospitalizowanych na oddziałach położniczych w 2 krakowskich szpitalach, z czego 20 kobiet ukończyło ciążę poprzez poród siłami natury, a pozostałe 20 drogą planowego cięcia cesarskiego. Metodą badań był autorski kwestionariusz ankiety przeprowadzany wśród respondentek będących w 3 dobie połogu.

Wyniki: Wykazano, że bez względu na sposób rozwiązania ciąży dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego i wydalniczego stanowią częsty problem kobiet w okresie połogu. Do zaburzeń tych należą: zaparcia, dyzuria, dyschezja, inkontynencja moczu, gazów i stolca. Jednocześnie odnotowano niski odsetek kobiet, u których była prowadzona wczesna fizjoterapia połogowa.

Wnioski: Okres połogu to czas podwyższonego ryzyka zaburzeń ze strony układu moczowo-płciowego i wydalniczego. Występowanie objawów ze strony tych układów wymaga wprowadzenia wczesnej edukacji i fizjoterapii uroginekologicznej, które powinny być dostępne dla wszystkich pacjentek. Należy kontynuować badania na większej populacji kobiet w okresie połogu.

Rozejście mięśni prostych brzucha u kobiet w okresie wczesnego porodu

Magdalena Potoczek^{1,2}, Agnieszka Jarosińska³

¹Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie

²NZOZ Szpital Położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

³Prywatna Szkoła Rodzenia Picolino w Krakowie

Wstęp: Rozejście mięśni prostych brzucha jest częstym zjawiskiem u kobiet w okresie okołoporodowym. Ze względu na anatomiczne i funkcjonalne połączenie mięśni brzucha oraz struktur dna miednicy, dysfunkcja ta może mieć wpływ na zaburzenia kontynencji oraz statykę narządów miednicy mniejszej u kobiet, co potwierdzają niektóre doniesienia naukowe.

Cel: Celem pracy była próba oceny częstości występowania rozejścia mięśni prostych brzucha u pierwsiaków we wczesnym okresie porodu w zależności od ich aktywności fizycznej, BMI przed ciążą, przyrostu masy ciała w ciąży oraz masy urodzeniowej noworodka. Ponadto postanowiono sprawdzić czy badane stosują zalecane w okresie ciąży ćwiczenia mięśni dna miednicy.

Materiał i metod: Badania zostały przeprowadzone w listopadzie i grudniu 2016 roku i stanowią one część większego projektu badawczego. Przebadano 50 położnic w przedziale wiekowym 19-41 lat hospitalizowanych na oddziałach położniczych w 2 krakowskich szpitalach. Metodą badań był autorski kwestionariusz ankiety oraz test palpacyjny oceniający występowanie rozejścia mięśni prostych brzucha u kobiet w 3 dobie porodu.

Wyniki: Wykazano, że prawie wszystkie badane w 3 dobie porodu miały rozejście mięśni prostych brzucha. Stan ten nie był zależny od ich aktywności fizycznej, BMI przed ciążą, przyrostu masy ciała w ciąży ani masy urodzeniowej noworodka. Jednocześnie dowiedziono, iż mniej niż połowa kobiet stosowała w okresie ciąży ćwiczenia mięśni dna miednicy.

Wnioski: Rozejście mięśni prostych brzucha jest bardzo częstym zjawiskiem u pierwsiaków będących we wczesnym okresie porodu i można podejrzewać, że stanowi on fizjologiczną adaptację organizmu kobiety do okresu ciąży. Aktywność fizyczna kobiet, ich BMI przed

ciężą, przyrost masy ciała w ciąży czy masa urodzeniowa noworodka nie mają wpływu na występowanie rozejścia mięśni prostych brzucha u kobiet w 3 dobie porodu. Zbyt mała ilość ciężarnych wykonuje zalecane w okresie ciąży ćwiczenia mięśni dna miednicy. Ze względu na podwyższone ryzyko występowania zaburzeń kontynencji w tej grupie kobiet istnieje pilna potrzeba edukacji na temat tej dysfunkcji, a także prowadzenia wczesnej fizjoterapii porodowej.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy a występowanie nietrzymania moczu w okresie ciąży oraz połogu

Daria Kołomańska¹, Maria Maj¹, Daria Panicz¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Instytut Fizjoterapii ul. Michałowskiego 2

Wstęp: Nietrzymanie moczu (NTM) jest częstym problemem dotyczącym kobiety w różnym okresie ich życia, natomiast ciąża i poród siłami natury stanowią istotny czynnik ryzyka jego wystąpienia. Szacuje się, że problem ten może dotyczyć do 31% kobiet w wieku do 39 roku życia oraz do 39% kobiet po 60 roku życia. Liczne badania potwierdzają, że właściwa edukacja i regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy (MDM) stanowią podstawę działań profilaktycznych przeciw wystąpieniu NTM.

Cel: Celem niniejszej pracy była ocena częstości i nasilenia NTM w okresie ciąży i połogu wykonana w kontekście stosowania ćwiczeń MDM przez badane kobiety. Oceniano wpływ ćwiczeń MDM prowadzonych przez okres ciąży oraz kontynuowanych od wczesnego połogu na występowanie nietrzymania moczu u kobiet do 12 miesięcy od rozwiązania ciąży. Celem pracy była również ocena wpływu ćwiczeń MDM na jakość życia badanych kobiet.

Materiał: Badania prowadzono w latach 2015-2017, na grupie 80 kobiet. Kryteriami włączenia były: pierwsza ciąża, poród fizjologiczny oraz wyrażenie zgody przez pacjentkę na udział w projekcie.

Metoda: Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety, w której zawarto pytania dotyczące okresu porodu, połogu oraz jakości życia kobiet. Badane osoby zostały podzielone na dwie grupy. Do grupy I zaliczono pacjentki, które ćwiczyły MDM, natomiast do grupy II kobiety niećwiczące. W grupie I ciężarne wykonywały ćwiczenia minimum 3 razy w tygodniu oraz kontynuowały je przez 6 tygodni lub 12 miesięcy po porodzie, rozpoczynając ćwiczenia w pierwszym tygodniu połogu.

Wyniki: Badania wykazały, że kobiety często nie utożsamiają sporadycznych incydentów gubienia moczu z jego nietrzymaniem. NTM deklarowało 12,5 % kobiet w okresie ciąży, 16,25% w połogu oraz 10% do 12 miesięcy po porodzie, podczas gdy incydenty gubienia

moczu zgłaszało odpowiednio 36,25% w okresie ciąży, 45% w połogu oraz 26,25% do roku po porodzie. Badania wykazały, że ćwiczenia MDM są często stosowane przez kobiety w ciąży (53%), jednakże zainteresowanie nimi znacząco spada w okresie poporodowym (22,5% w połogu; 32,5 % do 12 mc po porodzie). Wykazano również, że regularne ćwiczenia MDM nie tylko zmniejszają częstość i nasilenie nietrzymania moczu w okresie ciąży, jak i po porodzie, ale również znacząco poprawiają jakość życia badanych kobiet.

Wnioski: Badania ukazują konieczność wzmożenia edukacji kobiet w zakresie zarówno objawów NTM jak i jego profilaktyki przez systematyczny trening mięśni dna miednicy zarówno w okresie ciąży jak i połogu.

Problem nietrzymania moczu wśród kobiet po 35 roku życia

Joanna Wąsowska^{1,2}

¹ Grupa LuxMed, Kraków

² Studium Doktoranckie, Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Wstęp: Oceniono, że najdłuższy czas, jaki minął od zauważenia objawów nietrzymania moczu u kobiet do decyzji o leczeniu, wynosił 20 lat. Mimo coraz większej wiedzy na temat schorzenia czy źródeł pomocy, wiele kobiet zwleka z pójściem do specjalisty. Po 50 roku życia z powodu nietrzymania moczu cierpi co druga kobieta, w całej populacji Polski jest ich około 3,5 mln.

Cel pracy: Ocena występowania nietrzymania moczu wśród kobiet po 35 roku życia.

Materiał: Grupę badaną stanowiło 26 kobiet (35-79 lat, średnia 50 lat) konsultujących się z fizjoterapeutą uroginekologicznym w NZOZ Euromed Wieliczka w okresie czerwiec 2016 - czerwiec 2017 rok.

Metoda: Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz wywiadu. Użyto Kwestionariusza dolegliwości dna miednicy, której walidacji dokonał dr Kaven Baessler z Beckenboden – Zentrum Charite w Berlinie.

Wyniki: Do zgłaszanych najczęściej przez kobiety dolegliwości należały: nietrzymanie moczu podczas kaszlu, kichnięcia, dźwignięcia (n=14), nietrzymanie moczu z parcia (n=9), gubienie moczu podczas snu (n=4). U 14 kobiet dolegliwościom towarzyszyło zdiagnozowane przez lekarza obniżenie narządu rodno. Ilość przebytych porodów wśród pacjentek wynosił od 1 do 8 (średnia=3).

Wnioski: Problem nietrzymania moczu u kobiet narasta, dotykając coraz młodszych kobiet, aktywnych fizycznie i dbających o zdrowie. Należy edukować kobiety co do sposobów profilaktyki i umożliwić dostęp do specjalistów, którzy w konkretny i skuteczny sposób pomogą poradzić sobie z chorobą.

Sprawność funkcjonalna pacjentów hemodializowanych

Małgorzata Liber¹

¹ Fresenius NephroCare, Poznań

Wstęp: Ocena zdolności pacjenta do zaspokajania podstawowych potrzeb takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrola wydalania, zdolność do wykonania czynności higienicznych jest bardzo ważna zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu wielu schorzeń. Ponadto może być wykorzystana do planowania aktywności fizycznej, mającej na celu utrzymanie sprawności funkcjonalnej lub jej przywrócenie, zwłaszcza u osób starszych.

Cel:

- a. Ocena sprawności pacjentów hemodializowanych w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.
- b. Porównanie sprawności pacjentów w różnych stacjach.

Materiał: Dane zostały uzyskane z raportów przesyłanych kwartalnie przez 71 stacji dializ w okresie od 2013-2015. Oceny dokonywały pielęgniarki. Oceniano od 5043 do 5706 pacjentów hemodializowanych. Łącznie wykonano 59589 pomiarów.

Metoda: Ocenę sprawności pacjentów wykonywano przy użyciu zmodyfikowanej Skali Barthel. W zależności od osiągniętego wyniku, pacjenci byli kwalifikowani do jednej z trzech kategorii.

Kategoria I, wynik 86-100: pacjenci w pełni niezależni, wymagający niewielkiej pomocy personelu.

Kategorię II, punkt 21-85: pacjenci wymagający umiarkowanej pomocy.

Kategoria III, ocena 0-20: pacjenci całkowicie niesprawni lub pacjenci wymagający dużej pomocy.

Wyniki:

- a. Średnio 3,0% wszystkich ocenianych pacjentów wymagało dużej pomocy personelu pielęgniarskiego. Odsetek pacjentów w kategorii III w różnych klinikach wyniósł 0-18,8%.
- b. Średnio 19,5% wszystkich pacjentów wymagało umiarkowanej pomocy personelu. Odsetek pacjentów w kategorii II w różnych klinikach wynosił 5,0-48,0%.
- c. Średnio 77,9% wszystkich pacjentów było niezależnych lub wymagało tylko niewielkiej pomocy personelu pielęgniarskiego.
- d. Stan pacjentów zmienił się w miarę upływu czasu we wszystkich klinikach.

Wnioski:

- a. W obserwowanym okresie średni odsetek pacjentów klasyfikowanych do każdej z tych trzech grup utrzymywał się na zbliżonym poziomie.
- b. Liczba pacjentów klasyfikowanych do jednej z trzech kategorii była różna w każdej placówce.
- c. Stan pacjentów zmienił się w miarę upływu czasu we wszystkich klinikach.
- d. Różnice między klinikami w ilości pacjentów niesprawnych , wymagają indywidualnego podejścia do planowania obsady w każdej klinice.

2-minutowy test chodu w miejscu jako alternatywa dla 6-minutowego testu korytarzowego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek

Weronika Pawlaczyk¹, Justyna Laprus¹, Anna Zamorska¹, Agnieszka Malik¹, Wioletta Dziubek¹

¹Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław, Polska

Wstęp: Celem badań było uzasadnienie możliwości zastosowania 2-minutowego testu marszu w miejscu jako alternatywę dla 6-minutowego testu korytarzowego w ocenie tolerancji wysiłku fizycznego u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.

Materiał i metody: Badaniami objęto dwie grupy pacjentów. I grupa-pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek (stadium I-IV) 50 osób, grupa II-pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek poddawanych dializoterapii nerkozastępczej 50 osób. Wiek badanych był zróżnicowany i wahał się między 23 -63 lat. Ocena tolerancji wysiłku fizycznego została określona za pomocą 6-minutowego testu korytarzowego oraz za pomocą 2-minutowego testu marszu w miejscu.

Wyniki: Wyniki są w trakcie opracowywania.

The project was financed by NCN under Grant No. 2011/03 / B / NZ7 / 01764.

Prawidłowe żywienie pacjentów przewlekle hemodializowanych jako jeden z elementów rehabilitacji

Małgorzata Szczypkowska¹, Małgorzata Pach¹

¹ Fresenius NephroCare Polska, Biuro Dyrektora Medycznego, os. Złotej Jesieni 1 31-826 Kraków

Przewlekła choroba nerek (PChN) to złożony zespół chorobowy, który charakteryzuje się powolnym, ale nieodwracalnym upośledzeniem funkcji nerek. Ma to duży wpływ na jakość życia. Z racji obniżonej kondycji fizycznej wynikającej między innymi z wpływu toksemii mocznicowej, dysfunkcji mięśni szkieletowej, zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej, niedokrwistości, niedożywienia, u pacjentów z PCHN obserwuje się niechęć do aktywności fizycznej. W badaniach udowodniono, że wysiłek fizyczny przyczynia się do poprawy nie tylko parametrów układu sercowo – naczyniowego ale również parametrów odżywiania.

Prawidłowe żywienie to ważny element w rehabilitacji chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. U wielu osób już w początkowym etapie niewydolności może dochodzić do niedożywienia, które będzie pogłębiało się wraz z postępem choroby. Podjęcie wczesnej interwencji żywieniowej pozwoli zapobiec wystąpieniu takich powikłań jak np.: ubytek masy mięśniowej, brak apetytu, pojawienie się zespołu MICS (malnutrition, inflammation, cachexia syndrome), spadku odporności. Dieta dla każdego pacjenta powinna być opracowana indywidualnie biorąc pod uwagę: wiek, płeć, aktywność fizyczną, możliwości socjalne oraz metodę leczenia.

Zarówno w okresie zachowawczym jak i dializacyjnym podstawą prawidłowej diety jest ustalenie i zapewnienie optymalnej wartości kaloryczno – białkowej, odpowiedniego nawadniania organizmu, różnego w okresie przeddializacyjnym jak i dializacyjnym. Konieczność monitorowania składników mineralnych (potas, fosfor, sód) również zmusza do kontrolowania w codziennym jedzeniu produktów dostarczających tych składników. Wyrównanie powyższych parametrów diety będzie miało wpływ na postępy w rehabilitacji.

Leczenie nefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży z chorobami nerek

Aleksandra Żurowska

Brak streszczenia

Podejmowanie wysiłku fizycznego przez dzieci hemodializowane

Dariusz Runowski

Brak streszczenia

Sport dzieci po transplantacji nerki

Jacek Rubik

Brak streszczenia

Indywidualne programy terapeutyczne zgodne z ICF dla pediatrycznych pacjentów nefrologicznych

Monika Gasińska^{1,2}

¹Oddział Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

²Zakład Rehabilitacji Wieku Rozwojowego Wydział Rehabilitacji Ruchowej, AWF w Krakowie

Od 2003 roku programy rehabilitacyjne tworzone są zgodnie z zasadami Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcji Niepełnosprawności i Zdrowia ICF (International Classification of Function, Disability and Health). ICF łączy w sobie model medyczny i środowiskowy leczenia. Aktualnie posługujemy się bio-psycho-społecznym modelem zdrowia. Rekomenduje on pracę zespołową nastawioną na wyznaczanie funkcjonalnych celów rehabilitacji wg SMART. Cel, który chcemy osiągnąć powinien być realny, mierzalny, zaakceptowany przez pacjenta, opiekunów oraz zespół terapeutyczny, specyficzny a jego realizacja powinna być ograniczona w czasie zgodnie z filozofią GAS (Goal Attainment Scales). Nadrzędnym celem terapeutycznym dla dzieci z różnego rodzaju dysfunkcjami jest dobrostan, radość i szczęście. Współczesna definicja niepełnosprawności wymaga od zespołu specjalistów terapii dzięki, której pacjenci stają się niezależni, uczestniczą w swoim środowisku, funkcjonują. Drogą do niezależności są: samodzielność, autonomia, trening funkcjonalny. Aby to osiągnąć należy zadać sobie pytanie czy nasze działania skupiają się „na dziecku” - leczenie medyczne, na doborze właściwego zadania, umiejętności czy też zmianie środowiska.

Choroby nerek i układu moczowego mają różny obraz kliniczny dlatego stawiają przed zespołem leczniczym zadanie stworzenia spójnego, rozłożonego na lata, perfekcyjne zaplanowanego planu leczenia.

Zgodnie z ICF leczenie operacyjne wpływa na zburzoną strukturę a leczenie farmakologiczne zmienia funkcjonowanie układu moczowego. Leczenie rehabilitacyjne, zaopatrzenie ortopedyczne – pozwala na trening umiejętności. Terapia zajęciowa, zajęcia pedagogiczne – umożliwiają funkcjonowanie. Rehabilitacja środowiskowa – warunkuje uczestnictwo. Nabyte umiejętności są niezbędne do bycia samodzielnym i niezależnym. Czynności opisujemy i mierzymy wg katalogu aktywności ICF lub używamy skal PEDI, GMFM (umiejętności motoryczne), Quest (funkcja ręki). Nabywanie przez dziecko wybranych umiejętności zgodnie z jego wiekiem i możliwościami odbywa się na drodze edukacji, reedukacji lub

kompensacji. Czynność czy zadanie jest niekiedy możliwe do wykonania jedynie w sposób ułatwiony lub zastępczy. Zmiana ilościowa w teście niezależności WeeFIM jest dowodem skuteczności prowadzonej terapii.

Dzieci mają prawo dorastać szczęśliwe. Naszym obowiązkiem jest sprawić aby ich dzieciństwo było radosne i bezpieczne.

Ginekologia estetyczna w zaburzeniach statyki narządu rodno- go – zalety i wady

Klaudia Stangel-Wójcikiewicz^{1,2}

¹ Klinika Ginekologii i Onkologii

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Ginekologia estetyczna jest dziedziną medycyny, z której kobiety korzystają coraz częściej. Wiele osób poszukuje pomocy od wielu lat i dopiero te możliwości wykorzystujące postępowanie plastyczne i kosmetyczne, pozwalają poprawić komfort psychiczny a także pozytywnie wpłynąć na doznania natury fizycznej.

Wraz z wiekiem zmianom ulega całe ciało kobiety w tym również okolice intymne. Tkanki krocza i pochwy oraz mięśnie miednicy tracą swoją elastyczność. Nie każda kobieta akceptuje i dobrze czuje się z upływem czasu. Wcześniejsze przebyte zabiegi chirurgiczne lub urazy okolicy krocza (w tym związane z porodami drogami natury) mogą powodować brak akceptacji swojego ciała. Wiele kobiet poszukuje odpowiedzi na pytanie o normalny wygląd tych okolic. Zgłaszane problemy to m.in.: przerośnięte wargi sromowe mniejsze, atrofia warg sromowych większych, zespół szerokiego wejścia do pochwy lub luźnej pochwy a także nietrzymanie moczu.

Do klasycznego postępowania w ginekologii plastycznej należy leczenie operacyjne tzw. rekonstrukcje plastyczne ścian pochwy przedniej, tylnej lub modyfikacje zabiegów plastycznych w zależności od potrzeb z tzw. amputacją szyjki macicy lub usunięcie macicy drogą pochwową. W przypadku nawracających problemów z wypadnięciem narządu rodno-
go lub wypadaniem kikuta pochwy możliwe są również zabiegi z dostępu przez brzuszno-
go i laparoskopowego z zastosowaniem protezującego materiału syntetycznego.

Możliwości medycyny plastycznej idą w kierunku wykorzystania preparatów kwasu hialuronowego, osocza bogatopłytkowego, kwasu kojowego a także nici zawężających czy karboksyterapii i laseroterapii. Zestawienie powyższych metod pozwala na uzyskanie optymalnego komfortu i zadowolenia pacjentki z ostatecznego efektu terapeutycznego.

Należy jednak pamiętać o możliwych powikłaniach takich jak: stany zapalne, krwaki, zwłóknienia czy dyspareunia oraz przestrzec przed leczeniem w gabinetach bez certyfikatów, przez osoby, których kompetencje i doświadczenie nie zostały potwierdzone.

Małoinwazyjne zabiegi w wysiłkowym nietrzymaniu moczu (Urethral Bulking)

Witold Smoleński¹

¹Oddział Urologii, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Wstęp: Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) to nie tylko krępująca przypadłość, ale przewlekła choroba, którą trzeba i można skutecznie leczyć. Według definicji WHO cierpi na nią ponad 5% populacji. Jedną z możliwości małinwazyjnego leczenia WNM u kobiet jest metoda **Urethral Bulking**.

Cel: Metoda Urethral Bulking ma na celu usprawnić mechanizm zamykający pęcherz moczowy poprzez wstrzyknięcie preparatu Urolastic. Dzięki niemu następuje zwiększenie objętości zwieracza, co pozwala na większą kontrolę pacjentki nad pęcherzem mczowym.

Material: Urolastic jest dwuskładnikowym płynnym elastomerem (*Tetra-N-propoxysilane i Poly- dimethylsiloxane*), który formuje się po zmieszaniu w miejscu iniekcji. Jest bardzo przyjazny dla tkanki, nie powoduje alergii i nie migruje. Spełnia właściwości mechaniczne jako substancji wypełniającej, gdyż utrzymuje swój kształt, elastyczność, nie kurczy się, nie jest rozkładany w organizmie oraz jest widoczny na zdjęciach RTG i USG. Dzięki swoim właściwościom i trwałości uzyskał wszelkie wymagane prawem certyfikaty.

Metoda: Metoda Urethral Bulking jest najnowocześniejsza, bezpieczna, o wysokiej skuteczności rzędu 90% w początkowych stadiach wysiłkowego nietrzymania moczu. Zabieg jest krótki i może być wykonany w warunkach ambulatoryjnych. Po znieczuleniu miejscowym błony śluzowej wokół cewki moczowej polimer jest bezboleśnie wstrzykiwany do tkanki po obu stronach błony śluzowej wzdłuż cewki moczowej.

Wyniki: Pacjentki są w pełni zadowolone z przeprowadzonego zabiegu. Z uwagi na ich różną budowę anatomiczną oraz inne parametry mikcyjne, muszą być traktowane indywidualnie. Podanie środka obliterującego przesądza skuteczność metody. Zmniejsza się ona z upływem czasu i mogą być konieczne powtórne wstrzyknięcia.

Wnioski: Efekt stosowania Urolasticu jest uzależniony od odpowiedniej lokalizacji. Długotrwale dostosowuje się do postaci tkanki, pozostaje elastyczny pod wpływem ucisku zewnętrznego. Śluzówka cewki moczowej nie ulega uszkodzeniu. Oddawanie moczu może być nieco utrudnione w pierwszym okresie po zakończeniu leczenia, ze względu na obrzęk tkanek. Metoda ta stanowi obiecującą alternatywę dla innych tradycyjnych sposobów leczenia

zwłaszcza, że ciągły rozwój technik i materiałów rokuje podstawę dla nowszych środków wypełniających.

Neuralgia nerwu sromowego. Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne

Agnieszka Kreska-Korus¹, Teresa Gniewek¹, Justyna Adamiak¹, Wojciech Kolawa²

¹Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej Wydziału Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie.

²Oddział Położnictwa i Ginekologii z Onkologią Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

Neuralgia nerwu sromowego występuje u około 1% populacji i dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn. Choć od opisanie tego zespołu bólowego minęło już 30 lat w dalszym ciągu wiedza na jego temat jest słabo rozpowszechniona wśród personelu medycznego. Nerw sromowy zawiera włókna czuciowe, ruchowe, współczulne i przywspółczulne, co w praktyce klinicznej daje złożony obraz dolegliwości. Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat diagnozowania i leczenia neuralgii nerwu sromowego.

Neuralgia nerwu sromowego może być spowodowana zarówno uszkodzeniem nerwu na drodze mechanicznej, rzadziej chemicznej, jak i wzmożonym napięciem mięśni i/lub powięzi otaczających nerw. Nie istnieje test diagnozujący neuralgię nerwu sromowego stąd przydatna jest znajomość kryteriów diagnostycznych Nantes. Niezwykle istotne wydaje się być ustalenie lokalizacji objawów oraz mechanizmu uszkodzenia nerwu. Uzupełnieniem diagnostyki jest TK, USG oraz badanie przewodnictwa nerwu. Terapia opiera się głównie na postępowaniu zachowawczym. Pierwszym etapem jest zmiana zachowań pacjenta, unikanie bólu oraz pozycji, w których dochodzi do ucisku nerwu. Farmakoterapia opiera się głównie na trzech grupach leków: zwiotczających mięśnie, przeciwdrgawkowych i przeciwbólowych. Postępowanie fizjoterapeutyczne zmierza do normalizacji napięcia tkanki mięśniowo-powięziowej nie tylko w obszarze miednicy, ale również tkanek odległych. Wykorzystuje się takie techniki jak mobilizacje, manipulacje, neuromobilizacje, terapię punktów spustowych, terapię powięziową oraz zabiegi z zakresu fizykoterapii: elektroterapię i ultradźwięki. Leczeniem z wyboru jest ostrzykiwanie nerwu sromowego preparatami sterydowymi bądź znieczulającymi lub zmniejszenie napięcia mięśni otaczających nerw przy użyciu toksyny botulinowej. W chirurgicznej dekompresji nerwu sromowego wykorzystuje się dostęp operacyjny przezkroczowy, przezpośladkowy, kulszowo-odbytniczy oraz technikę laparoskopową.

Poszerzanie wiedzy na temat neuralgii nerwu sromowego wydaje się być niezwykle istotne zarówno dla samych pacjentów jak i zespołu medycznego, gdyż w dalszym ciągu prowadzonych jest niewiele badań w tym zakresie. Pacjenci z neuralgią nerwu sromowego często wymagają terapii przez całe życie, a zastosowanie odpowiedniego leczenia i terapii może wpłynąć w znacznym stopniu na poprawę jakości ich życia.

Wykorzystanie metody EMG biofeedback w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

Małgorzata Hawajska¹, Aleksandra Kulis²

¹ Studia doktoranckie Wydziału Rehabilitacji Ruchowej,

² Katedra Terapii Zajęciowej, Wydział Rehabilitacji Ruchowej

Wstęp: Zapobieganie i leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych u kobiet, w tym nietrzymania moczu, stało się wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. EMG biofeedback jest metodą, która ze względu na swoją przydatność w obiektywizacji efektów uzyskanych po zastosowaniu wybranej techniki trenowania mięśni dna miednicy, jest coraz częściej wykorzystywana w praktyce klinicznej.

Cel: Celem pracy była ocena skuteczności metody EMG Biofeedback, w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.

Materiał: W badaniu wzięło udział 100 kobiet w wieku 26-84 lata (średnia $53,2 \pm 14,2$). Pacjentki zostały podzielone na dwie grupy. Grupa 1 stanowiło 35 kobiet w okresie rozrodczym, do grupy drugiej zakwalifikowano 65 kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Metoda: Badania zostały przeprowadzone w Ośrodku Hands On Physical Therapy Women's Health w Stanach Zjednoczonych na Hawajach. Kobiety były zbadane dwukrotnie - pierwszy raz przed rozpoczęciem terapii oraz po trzech miesiącach, po zakończeniu terapii.

Wyniki: Parametry średniej wartości skurczu Average Work w grupie A badanych kobiet przed terapią wyniosły średnio 11,2 [μV], a po jej zakończeniu 15 [μV]. Nieco wyższe wartości pomiarowe uzyskano w grupie B badanych, odpowiednio 12,7 [μV] przed terapią oraz 16,3 [μV] po terapii. Wartości obliczeń testu dla prób niezależnych wykazały istotny wpływ na poprawę średniej wartości skurczu po przeprowadzonej terapii. W grupie A badanych kobiet średnia wartość Net Rise przed zastosowaniem terapii wynosiła 6,3 [μV], a po jej zakończeniu 10,8 [μV]. Wśród badanych w grupie B wartość Net Rise w badaniu początkowym wynosiła 6,6 [μV], w badaniu końcowym 11,2 [μV]. W tym przypadku potwierdza się hipoteza o istotności różnic między średnimi. W średniej wartości napięcia spoczynkowego uzyskano obniżenie napięcia po zakończonej terapii w obu grupach. Różnica wyników dla obu grup nie była istotna statystycznie.

Wnioski: Metoda EMG Biofeedback jest skuteczna w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.

Opracowanie i wdrożenie pierwszego na świecie rozwiązania telemedycznego w profilaktyce i terapii wysiłkowego nietrzymania moczu

Urszula Herman-Wójtowicz¹, Hubert Huras²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Oddział Kliniczny Położnictwa i Perinatologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Wstęp: Program skoordynowanej opieki z wykorzystaniem telemedycyny może pomóc zwiększyć zdolność do przestrzegania zaleceń rehabilitacji i w efekcie poprawić skuteczność całego procesu terapii pacjentki z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu. Dodatkowo stwarzane są nowe możliwości w opiece zdrowotnej polegające na monitorowaniu czy pacjenci kontynuują leczenie w domu zgodnie z zaleceniami w celu kontroli postępów i interakcji z każdym pacjentem indywidualnie. Badania pokazują, że aby uzyskać efekt terapeutyczny, konieczne jest wykonywanie regularnych i właściwie dobranych ćwiczeń przez minimum 12 tygodni. Właściwa diagnoza problemu, a potem utrzymanie motywacji, zaleceń i regularności treningu, również w warunkach domowych, wydaje się niezbędnym elementem do uzyskania poprawy w dysfunkcjach mięśni dna miednicy.

Cel pracy: Próba stworzenia elementów systemu telemedycznego do zdalnego treningu mięśni dna miednicy (MDM) i wstępna ocena jego efektywności wśród kobiet z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu i bez objawów.

Material i metody: Badania przeprowadzono w grupie 40 kobiet w wieku 25–41 lat w okresie od września 2015 do grudnia 2016 roku. Pacjentki zostały zdiagnozowane przez lekarza ginekologa (rodzaj nietrzymania, moczu zaburzenie statyki narządu rodowego), ocenione funkcjonalnie i przeszkolone z użytkowania systemu telemedycznego. Następnie badane przez okres 12 tygodni trenowały w domu pod nadzorem personelu medycznego, który na bieżąco analizował postępy ćwiczeń i udzielał wskazówek. Do badania wykorzystano bezprzewodową sondę dopochwową, łączącą się z aplikacją mobilną na telefonie pacjentki i przesyłającą dane z ćwiczeń do portalu telemedycznego.

Wyniki: Po zdalnej rehabilitacji z wykorzystaniem telemedycyny u badanych odnotowano znaczne zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu. Zaobserwowano większą świadomość, wzrost siły skurczu i kontrolę napięcia mięśni. Wszystkie badane były zadowolone ze zdalnych ćwiczeń mięśni dna miednicy i systemu telemedycznego ze względu na oszczędność czasu i możliwość ćwiczenia w intymnym warunkach domowych, ale pod opieką specjalisty.

Wnioski:

1. Umożliwienie rehabilitacji w domu, ale pod nadzorem personelu medycznego może w dłuższym czasie obniżyć koszty leczenia i wpłynąć na jego efektywność.
2. Zwiększenie dostępności do rehabilitacji dla kobiet po porodzie. Badania przeprowadzone przez Moosdorff- Steinhauser pokazały, że dla większości kobiet pokonanie dystansu do miejsca rehabilitacji nie powinno przekraczać 30 minut. Dla kobiet mieszkających w małych miejscowościach może to stanowić problem. Dlatego rozwiązania telemedyczne w tym zakresie, mogą ułatwić kobietom z dysfunkcjami mięśni dna miednicy dostęp do rehabilitacji.
3. Rehabilitacja pod nadzorem specjalisty może zwiększyć motywację oraz zaangażowanie w proces leczenia.

Bezinwazyjna terapia nietrzymania moczu SALUS -TALENT URO - ocena wyników terapii uzyskanych w programie pilotażowym

Marita Pelczarska¹, Marek Wiecheć¹

¹Centrum Rehabilitacji MARKMED Ostrowiec Świętokrzyski

Nietrzymanie moczu jest wstydlivym problemem, który dotyczy coraz większej liczby kobiet ale również i mężczyzn. Społeczeństwo nie zdaje sobie sprawy z rozmiarów tego problemu. Schorzenie bardzo często prowadzi do zmniejszenia aktywności tych pacjentów w życiu zawodowym i społecznym a niekiedy prowadzi nawet do depresji. Wynika to z braku edukacji w tym temacie oraz traktowania tego schorzenia jako krępujące. Leczenie jest trudne i długotrwałe. Tradycyjne metody są często nieskuteczne oraz budzą niechęć wśród pacjentów. Przełomem w leczeniu nietrzymania moczu jest innowacyjna terapia - Głęboka Stymulacja Elektromagnetyczna Salus-Talent URO. Pole elektromagnetyczne stymuluje osłabione mięśnie dna miednicy. Podczas zabiegu stymulowane są włókna nerwowo-mięśniowe oraz dochodzi do poprawy miejscowego krążenia. Ma to pozytywny wpływ na regenerację i odbudowę oraz zwiększa elastyczność mięśni dna miednicy. Silne pole elektromagnetyczne o wartości do 3 Tesli oraz szeroki zakres zmiennych częstotliwości (do 100 Hz) pozwala skutecznie oddziaływać w różnych schorzeniach uroginekologicznych. Terapia jest nieinwazyjna oraz komfortowa dla pacjentów. Podczas zabiegu pacjent siedzi na specjalnym fotelu i odczuwa przyjemne mrowienie. Skuteczność Głębokiej Stymulacji Elektromagnetycznej potwierdził pilotażowy program badawczy. Większość pacjentów biorących udział w tym programie odnotowała znaczną poprawę w zakresie problemu nietrzymania moczu. Leczenie z Salus-Talent URO znacząco poprawia jakość życia pacjentów minimalizując problem nietrzymania moczu. Jest to skuteczna, bezinwazyjna terapia, która staje się coraz bardziej rozpoznawalna i cieszy się uznaniem wśród pacjentów w Polsce.

Krótkoterminowe efekty głębokiej stymulacji elektromagnetycznej u kobiet z nietrzymaniem moczu

Walicka-Cupryś Katarzyna¹, Skalska-Izdebska Renata¹

¹Instytut Fizjoterapii, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp: Nietrzymanie moczu jest objawem który wpływa na znaczne pogorszenie komfortu życia, mimo to rzadko pacjenci zgłaszają lekarzom pierwszego kontaktu i podejmują nacelowaną fizjoterapię.

Cel pracy: Ocena efektów głębokiej stymulacji elektromagnetycznej (FMS) u kobiet z nietrzymaniem moczu bezpośrednio po serii 10 zabiegów.

Materiał: Do badania zgłosiło się 120 kobiet. Kryterium włączenia spełniło 105 w wieku 28-65 lat średnia $50 \pm 8,2$. Dokonano randomizacji 80 osób zakwalifikowano do grupy badanej (GB) z serią 10 zabiegów FMS oraz 25 osób grupę kontrolną (GK) bez interwencji. Diagnostykę wykonano na początku projektu i po skończonej terapii lub 6 tygodniach. Do kolejnych badań nie przystąpiło 3 osoby z (GK) kontrolnej i 1 z (GB). Całość programu ukończyło 102 kobiety w tym 79 – (GB) i 23- (GK).

Metoda: Do oceny parametrów mięśni dna miednicy wykorzystano elektromiografię EMG z użyciem sądy dopochwowej, do oceny stopnia nietrzymania moczu test podpaskowy. Jakości życia Quality of Life (IQ) oraz Subiektywną Oceną Efektów Terapii (SOET) mierzona była – w skali (0-10). Interwencja: Parametry terapii (dawki, intensywność) FMS dostosowywano indywidualnie do stanu funkcjonalnego i odczuć pacjenta. Zabiegi wykonywano co 2-gi dzień przez 20 minut. W analizie statystycznej zastosowano Test U- Manna-Whitneya i Test Anova Kruskala-Wallisa, poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Stwierdzono istotną poprawę w wynikach EMG $p = 0,048$, IQ $p < 0,0001$ po serii 10 FMS. Grupa kontrolna w żadnym z badanych parametrów nie uzyskała poprawy. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy grupami po 6 tygodniach od I badania $p = 0,001$.

Wnioski: Głęboka stymulacja elektromagnetyczna istotnie poprawia jakość życia pacjentek, zmniejsza stopień nietrzymania moczu, poprawia parametry elektromiograficzne mięśni dna miednicy.