Головним у фізичній культурі і спорті для інвалідів із наслідками ДЦП є спрямованість на відновлення найбільше природним шляхом основних рухових функцій, підтримка пози тіла, рефлексів інваліда з тим, щоб він випробував якнайменше ускладнень при самообслуговуванні і при різного роду контактах із здоровими людьми.

Основою для вибору об'єкту і предмету дослідження, його цілі і задач послужила відсутність науково-обгрунтованих знань про ефективну методику проведення занять з фізичної культури і спорту з метою активно-оздоровчої реабілітації і соціально-педагогічної інтеграції інвалідів із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, у тому числі внаслідок ДЦП.

SOCIAL - PEDAGOGICAL ASPECTS OF REKREATION-REDUCTION MEASURES IN ADAPTATION OF THE INVALIDS

IGOR DUB

Vinnitza State Pedagogical University named after M. Kotsubinsky

The historical-bibliographic aspects of a problem of rehabilitation of the invalids with disease by a DCP are uncovered.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОГО МАСАЖУ НА ПРИКЛАДІ ЛОКАЛІЗАЦІЇ БОЛЬОВОЇ ДІЛЯНКИ В НИЖНЬОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE MASAŻU MEDYCZNEGO NA PRZYKŁADZIE PRZYPADKU ZESPOŁU BÓLOWEGO DOLNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

КШИШТОВ КАССОЛІК, ЗБІГНЄВ САВІЦКІ,
ВАЛЬДЕМАР АНЖЕЄВСКІ

Вроцлавська Академія фізичного виховання, Польща

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI,
WALDEMAR ANDRZEJEWSKI

Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław, Polska

54-letni rencista III grupy, po operacji neurochirurgicznej z powodu wypadnięcia jądra miażdżystego L3-L4. Poza tym bez przeszłości chorobowej.Od ok. 25 lat utrzymywały się bóle okolicy L-S. Przed 10-laty w czasie pobytu w sanatorium w czasie zabiegu fizykalnego wystąpiło centralne wypadnięcie dysku. Przy przyjęciu do oddziału neurochirurgicznego stwierdzono silne bóle promieniujące do kończyny prawej oraz niedowład zginania stopy prawej i słabsze czucie na zewnętrznej części podudzia. Obj. Lasequa przy 70 stopniach. Pacjent został poddany extirpacji jądra miażdżystego.Od tego czasu utrzymują się uporczywe bóle kręgosłupa LS oraz okolicy karku leczone niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi oraz okresowo środkami zwiotczającymi mięśnie. Przed 4 miesiącami dołączyły zawroty głowy, które obecnie stanowią główną przyczynę dolegliwości. Pacjenta diagnozowano neurologicznie, laryngologicznie, okulistycznie , angiologicznie i radiologicznie nie uzyskując znaczących odchyleń w badaniach.Wyniki konsultacji i badań dodatkowych: konsultacja neurologiczna: Spondylosis deformans reg. cervicalis. Discopathia C5-C7. Insuffitientia cerebro basilaris susp. st. post extirpationem n. pulposi L5-S1 a 1998. Paresis nervi peronealis dex. Leczenie: Nootropil, Tanacan

? Konsultacja okulistyczna: Poza wzmożonym odblaskiem naczyniowym dno oka w normie, visus praw. ciśnienie śródgałkowe w granicach normy
? Konsultacja angiologiczna: Badaniem fizykalnym – bez szmerów nad tętnicami szyjnymi
? Audiogram: bez zmian.
? EEG: Bez istotnych odchyleń od normy
? ENG: bez zmian.
? Badanie duplex sonograficzne tętnic dogłowowych: Tętnice szyjne wspólne, zewnętrzne i wewnętrzne obustronnie prawidłowe z obustronnym przepływem krwi. Obie tętnice kręgowe kręte drożne z obecnym przepływem w kierunku dogłowowym.
? RTG: Zmiany zwyrodnieniowe w trzonach dolnych kręgów szyjnych. Szczeliny międzykręgowe C5-C6 i C6-C7 węższe. Pola płucne bez zmian. Cień środkowy prawidłowy.
? MR: Mózgowie i przestrzenie płynowe wewnątrzczaszkowe prawidłowe. Nie uwidoczniają się tętnice łączące tylne mózgu. Tętnica podstawna o nieco krętym przebiegu. Tętnice środkowe prawidłowe. Stan po laminectomii L4-L5. Na tym poziomie widoczna niewielka blizna pooperacyjna zwłaszcza po stronie prawej powodująca nieznaczną deformację worka oponowego. Tarcze L3-L4, L5-S1 wpuklają się centralnie do kanału kręgowego ale nie powodują ucisku worka oponowego. Wszystkie opisane tarcze są wyraźnie obniżone co odpowiada zmianom degeneracyjnym. Cechy degeneracji tłuszczowej kręgów lędźwiowej.

W wyniku przeprowadzonej kompleksowej oceny stanu pacjenta dla potrzeb masażu medycznego stwierdzono poprzez ocenę wzrokową: występowanie rozstępów skórnych na obu pośladkach rozszerzone drobne naczynia żylne w okolicy dołu podkolanowego. Poprzez ocenę palpacyjną stwierdzono silną bolesność obu więzadeł krzyżowo-guzowych oraz dolnej części kości potylicznej w miejscu przyczepu prostownika grzbietu a także. symetryczne wzmożone napięcie mięśnia prostownika grzbietu, mięśnia pośladkowego większego, mięśnia dwugłowego uda, mięśnia półścięgnistego i półbioniastego oraz mięśnia przywodziciela wielkiego. W wyniku tego założono że przebyta operacja na kręgosłupie spowodowała uwrażliwienie okolicy blizny pooperacyjnej i wzmożenie napięcia prostownika grzbietu. To z kolei doprowadziło do zwiększonego więzadła krzyżowo-guzowego i tym samym reakcję ze strony mięśni przyczepiających się do guza kulszowego. Wzmożone napięcie mięśnia przywodziciela wielkiego spowodowało z kolei utrudniony odpływ krwi żylnej z podudzia i okolicy stawu kolanowego powodując rozszerzenia powierzchownej sieci naczyń żylnych w tej okolicy. Ze względu na to, że większa część mięśnia pośladkowego większego ma swój przyczep początkowy na więzadle krzyżowo-guzowym wymusiło na tym mięśniu wzrost jego napięcia i utrudnienie w dopływie krwi tętniczej do skóry pokrywającej pośladki. Skutkiem czego wystąpiły rozstępy w skórze tej okolicy. Na podstawie powyższej analizy uzyskanych informacji w trakcie oceny stanu pacjenta dla potrzeb masażu medycznego zaplanowano następującą kolejność opracowywania mięśni w celu przywrócenia prawidłowego napięcia więzadła krzyżowo-guzowego: pośladkowy wielki, półścięgnisty, półbłoniasty, dwugłowy uda, prostownik grzbietu. Wykonano to poprzez sprężyste odkształcani skóry i powięzi pokrywającej wyżej wymienione mięśnie oraz ich przyczepy ścięgniste i brzuśce. Następnie w celu poprawienia trofiki opracowano więzadło krzyżowo-guzowe.

Ilość wykonanych zabiegów 3. W wyniku tego uzyskano trwałe zniesienie objawów bólowych w obrębie głowy, karku i okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

LITERATURA

1. Wytyczne Holenderskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Ból w dolnej części kręgosłupa. Lekarz Rodzinny. 1998, nr 14-15 :59-72.

2. Bochenek A., Reicher M.Anatomia tom I, III

3. Dziak A., Zamknięte uszkodzenia tkanek miękkich narządu ruchu PZWL Warszawa 1985

THE PRACTICAL APPLICATION OF MEDICAL MASSAGE IN LOW BACK PAIN

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI, WALDEMAR ANDRZEJEWSKLI

Department of Physiotherapy, Academy of Physical Education in Wroclaw, Poland

This work refer to patient, who had extirpation of the nucleus pulposus, ten years ego. Since this time he had presistent low back pain. The different form of therapy did not improve patient's condition. Medical massage with accurate evaluation of a patient's condition presistent removed low back pain.

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТУ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОГО МАСАЖУ

OCENA STANU PACJENTA WAŻNYM ELEMENTEM MASAŻU MEDYCZNEGO

КШИШТОВ КАССОЛІК, ЗБІГНЄВ САВІЦКІ, ВАЛЬДЕМАР АНЖЕЄВСКІ

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI, WALDEMAR ANDRZEJEWSKI

Вроцлавська Академія фізичного виховання, Польща

Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław, Polska

W celu zapewnienia większej skuteczności masażu jako środka leczniczego w działaniach medycznych, jak też dla spełnienia wymogów stawianych przez współczesną medycynę wazne jest aby po wystawieniu diagnozy przez lekarza prowadzącego, dokonana została kompleksowa ocena układu ruchu z uwzględnieniem stanu czynnościowego innych układów mających istotny wpływ na jego funkcjonowanie. (układ naczyniowy, obwodowy układ nerwowy). Na powyższą ocenę będzie się składać wywiad, ocena wzrokowa i ocena palpacyjna. Wszystkie zebrane informacje od pacjenta stanowią treść karty oceny, której wzór zamieszczono na rysunkach 1 i 2.