

Dr hab. Krzysztof Kassolik, AWF Wrocław

Dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof UM

Dr n.med. Elżbieta Rajkowska-Labon, UM Gdańsk

Możliwości wykorzystania masażu w profilaktyce wieku senioralnego.

Wrocław 2019

Fizjoterapia – jej efektywność

Uzyskuje się poprzez umiejętne i przemyślane zastosowanie
wszystkich tych trzech elementów fizjoterapii:

- masażu,
- fizykoterapii
- kinezyterapii

w ściśle określonej kolejności tak aby wzajemnie się uzupełniały

Fizjoterapia

Kinezyterapia

(Energia kinetyczna-
ruch)

Fizykoterapia

(Energia bodźca
fizykalnego)

- Termiczny (ciepło)
- Elektryczny (prąd)
- Elektromagnetyczny (światło)

Masaż

(Energia
mechaniczna)

Kiedy rozpocząć fizjoterapię?

Na jakim etapie zaawansowania zmian leczenie fizjoterapeutyczne może być zalecane jako skuteczny sposób oddziaływania? ????

1

- zanim dojdzie do nieodwracalnych zmian strukturalnych w stawach

2

- pierwsze objawy związane z obniżeniem elastyczności mm., pobołowaniem i osłabieniem siły, wytrzymałości

Opieka nad osobą ze schorzeniami narządu ruchu

- Zwłaszcza kręgosłupa i stawów obwodowych - charakter holistyczny.
- Przyczyny dolegliwości nie są homogeniczne, charakter

wieloczynnikowy:

- strukturalne (stawowe),
- mięśniowo-powięziowe,
- psychogenne [Wang YX., et al. 2016, Ertelt T., et al. 2014].

Wczesne wdrożenie fizjoterapii, pozwoli na

- Spowolnienie procesu degeneracyjnego
- ograniczy niesprawność (ICF)
- obniży koszty w zakresie leczenia farmakologicznego
- poprawi świadomość pacjentów co do automasażu
- odciąży system służby zdrowia z nadmiernych kosztów i z przewlekłości leczenia



Andrzej Steciwko

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

• CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej

KRZYSZTOF KASSOLIK^{1, 2, D-F}, ELŻBIETA RAJKOWSKA-LABON^{1, 3, D-F}, TOMASZ TOMASIK^{4, 5, D-F},
AGNIESZKA PISULA-LEWADOWSKA^{2, D-F}, KRZYSZTOF GIEREMEK^{1, 6, D-F},
WALDEMAR ANDRZEJEWSKI^{1, 2, D-F}, ANNA DOBRZYCKA^{2, D-F}, DONATA KURPAS^{7, 8, D-F}

¹ Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

² Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

³ Zakład Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

⁴ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

⁵ Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

⁶ Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

⁷ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

⁸ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

• CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)

**Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii,
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium
Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii
w dolegliwościach bólowych stawu biodrowego
w podstawowej opiece zdrowotnej**

KRZYSZTOF KASSOLIK^{1, 2, D-F}, ELŻBIETA RAJKOWSKA-LABON^{1, 3, D-F}, TOMASZ TOMASIK^{4, 5, D-F},
AGNIESZKA PISULA-LEWADOWSKA^{2, D-F}, KRZYSZTOF GIEREMEK^{1, 6, D-F},
WALDEMAR ANDRZEJEWSKI^{1, 2, D-F}, DONATA KURPAS^{4, 7, 8, D-F}

¹ Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

² Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

³ Zakład Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

⁴ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

⁵ Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

⁶ Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

⁷ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

⁸ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

• CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)

**Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii,
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium
Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii
w dolegliwościach bólowych w zespole bolesnego barku
w podstawowej opiece zdrowotnej**

KRZYSZTOF KASSOLIK^{1,2, D-F}, ELŻBIETA RAJKOWSKA-LABON^{1,3, D-F}, TOMASZ TOMASIK^{4,5, D-F},
KRZYSZTOF GIEREMEK^{1,6, D-F}, ANNA DOBRZYCKA^{3, D-F}, WALDEMAR ANDRZEJEWSKI^{1,2, D-F},
MAREK KILJAŃSKI^{1,7,8, D-F}, DONATA KURPAS^{4,9,10, D-F}

¹ Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

² Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

³ Zakład Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

⁴ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

⁵ Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

⁶ Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach

⁷ Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi

⁸ Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

⁹ Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

¹⁰ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Cel warsztatów dla grup senioralnych

zapropnowanie prostych, nieskomplikowanych działań fizjoterapeutycznych pozwalających (szczególnie w pierwszym okresie pojawiających się zmian) na szybkie podjęcie działań:

- spowalniających procesy zwyrodnieniowe

- ograniczających dolegliwości bólowe

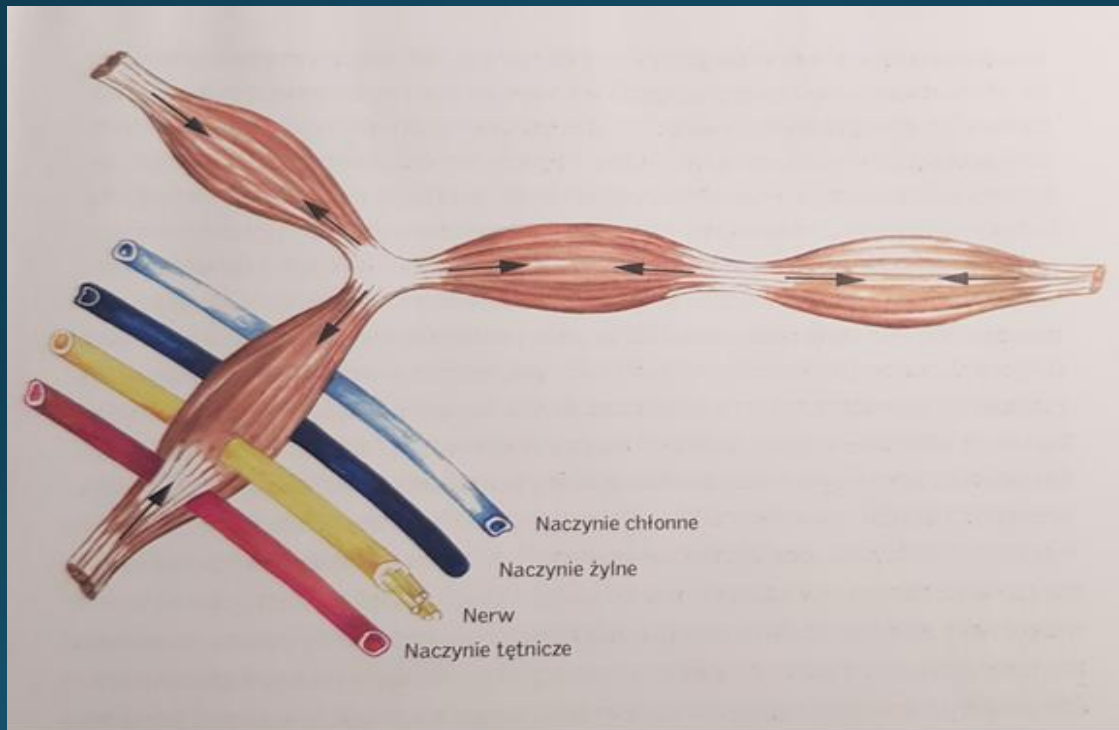
- poprawiających dostępność w zakresie prostej fizjoterapii

Masaż

Działanie krótkookresowe



Zależność strukturalna pomiędzy mięśniami a naczyniami i nerwami



Masaż

Działanie długoterminowe

Reorganizacja i poprawa struktury tkanki łącznej
(np. blizna, ścięgno, więzadło)
zmiana w rozkładzie włókien kolagenowych
wzrost FGF

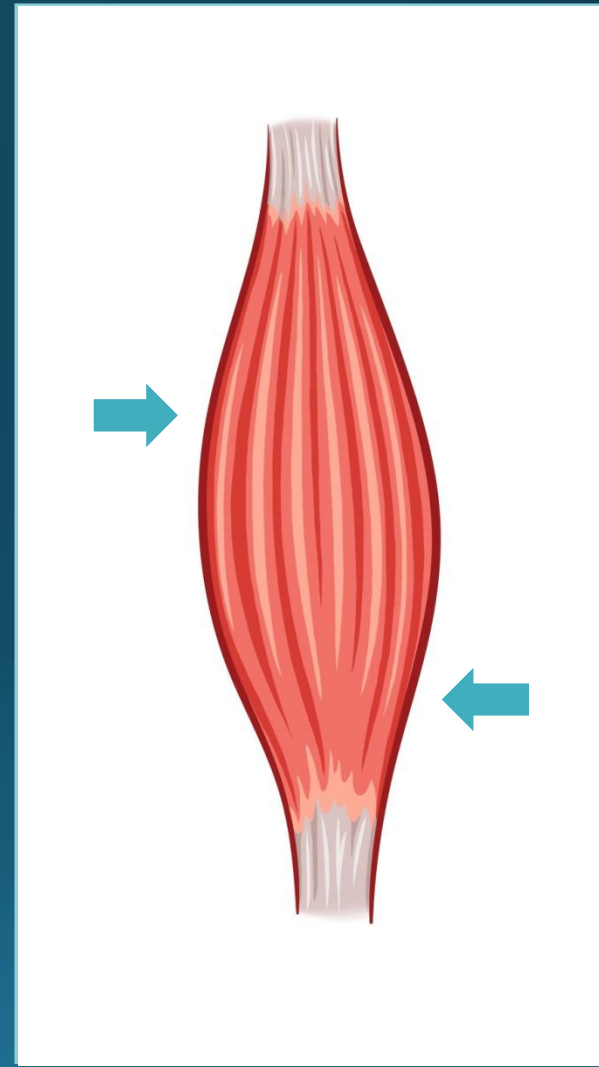
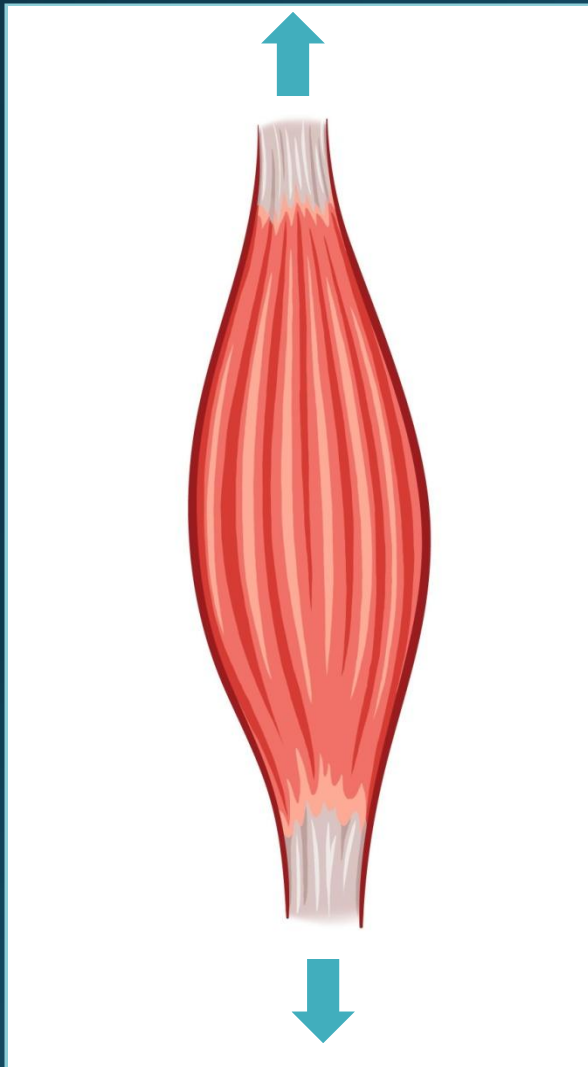
Tworzenie nowych naczyń
angiogeneza
wzrost VEGF

Stymulowanie procesów
adaptacji, regeneracji i reparacji

Inicjowanie procesu angiogenezy pod wpływem

ćwiczeń

masażu



Wyższy poziom VEGF i FGF

Ogólne cele usprawniania



Strategia masażu i automasażu

Jakie mięśnie, powięzcie i więzadła mają zaburzone napięcie ?

Normalizacja ich napięcia

Poprawienie ich struktury i przywrócenie prawidłowej funkcji

Ocena palpacyjna odc C

Tabela 1. Ocena palpacyjna wrażliwości uciskowej mięśni i więzadeł – zespół bólowy kręgosłupa odcinka szyjnego [35–37]

Mięsień/więzadło/nerwy	Miejsce oceny	Komentarz
m. zębaty przedni m. dźwigacz łopatki m. równoległoboczny mniejszy m. nadgrzebieniowy	kąt górny łopatki	w tym miejscu przyczepiają się oceniane mięśnie
m. najdłuższy szyi mm. dźwigacze żeber I–V	wyrostki poprzeczne kręgów piersiowych Th ₁₋₄	w celu wykluczenia podrażnienia pięciu górnych nerwów międzyżebrowych; dodatkowa ocena palpacyjna na żebrach chrzęstnych I–V w okolicy mostka (jeżeli występuje wrażliwość uciskowa w tym miejscu, będzie to świadczyć o podrażnieniu nerwów międzyżebrowych i tym samym uwrażliwieniu pięciu górnych żeber wraz z przyczepiającymi się do nich mięśniami: m. zębaty przedni, piersiowy mniejszy i większy, mm. międzyżebrowe)
mm. pochyłe	wyrostki poprzeczne kręgów szyjnych C ₃₋₆	możliwość wystąpienia podrażnienia splotu ramiennego (przechodzi on między mięśniami pochyłymi), co będzie się mogło objawiać zaburzeniem czucia w obrębie całej dłoni
m. wielodzielny mm. podpotyliczne m. dźwigacz łopatki	wyrostki poprzeczne dwóch pierwszych kręgów szyjnych	uczucie trzeszczenia w stawach szczytowo-potylicznych, możliwość występowania zawrotów głowy przy schylaniu się do przodu z powodu możliwości podrażnienia tętnic kręgowych

35. Andrzejewski W., et al. Poziom korelacji między wrażliwością uciskową mierzoną na przyczepie kostnym i na przebiegu mięśni szkieletowych. *Fam Med. Prim Care Rev* 2009; 11(2): 127–133.

36. Andrzejewski W, Kassolik K. Ocena palpacyjna w masażu tensegracyjnym. *Fizjoterapia* 2009; 17(4): 60–66.

37. Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction the trigger point manual*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984.

Ocena palpacyjna odc Th

Tabela 2. Ocena palpacyjna wrażliwości uciskowej mięśni i więzadeł – zespół bólowy kręgosłupa odcinka piersiowego [35–37]

Mięsień/więzadło/nerwy	Miejsce oceny	Komentarz
m. najszerszy grzbietu	boczna powierzchnia wyrostków kolczystych Th ₅₋₇	w przypadku wrażliwości uciskowej: czy współistnieje bolesność w obrębie nadkłykcia przyśrodkowego kości ramiennej i zaburzenie funkcji nerwu łokciowego (przebija się on przez przegrodę międzymięśniową przyśrodkową ramienia pociągana przez ścięgno m. najszerzego grzbietu)
m. czworoboczny grzbietu	część wstępująca – trójkątny początek grzebienia łopatki, część poprzeczna – górny brzeg grzebienia łopatki, część zstępująca – górny brzeg części barkowej obojczyka	
m. równoległoboczny większy m. zębaty przedni część dolna m. podgrzebieniowy	brzeg przyśrodkowy łopatki	na brzegu przyśrodkowym łopatki te trzy mięśnie się zrastają
m. biodrowo-żebrowy klatki piersiowej m. najdłuższy klatki piersiowej mm. dźwigacze żeber (VI–XII żebro)	wyrostki kolczyste kręgów Th ₅₋₁₂	w celu wykluczenia podrażnienia nerwów międzyżebrowych Th ₆₋₁₂ ; dodatkowa ocena palpacyjna na żebrach chrzęstnych Th ₆₋₁₂ w okolicy mostka

Ocena palpacyjna odc L-S

Tabela 3. Ocena palpacyjna wrażliwości uciskowej mięśni i więzadeł – zespół bólowy kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego [35–37]

Mięsień/więzadło/nerwy	Miejsce oceny	Komentarz
więzadło krzyżowo-guzowe m. prostownik grzbietu	brzeg boczny kości krzyżowej	w przypadku zwiększonej wrażliwości uciskowej będzie występować wzmożone napięcie mięśni pozostających w kontakcie strukturalnym z więzadłem krzyżowo-guzowym: m. prostownik grzbietu, m. pośladkowy wielki, m. dwugłowy uda, m. półścięgnisty i półbłoniasty oraz m. przywodziciel wielki
pasma biodrowo-żebrowe lędźwi (boczna część m. prostownika grzbietu)	kolec biodrowy tylny górny	w przypadku wzmożonej wrażliwości uciskowej będzie także zwiększona wrażliwość na przyczepach końcowych na kątach sześciu do dziewięciu dolnych żeber – utrudnione oddychanie – ból w trakcie głębokiego wdechu
m. gruszkowaty m. pośladkowy średni	tylno-górna powierzchnia krętarza większego kości udowej	możliwość występowania zaburzenia funkcji tętnicy pośladkowej górnej i dolnej z rwą kulszową włącznie
mm. przywodzące udo	przyśrodkowa powierzchnia uda (10 cm powyżej szpary stawu kolanowego)	wzmożone napięcie mm. przywodzicieli uda i prawdopodobieństwo podrażnienia nerwu zasłonowego przez m. zasłaniacz zewnętrzny, przez który przebija się tylna gałązka n. zasłonowego albo przez m. biodrowo-lędźwiowy, przez który przechodzi splot lędźwiowy w tym także n. zasłonowy
splot lędźwiowy	boczna powierzchnia kości piszczelowej	nadwrażliwość w tym miejscu będzie świadczyć o podrażnieniu n. udowo-goleniowego wchodzącego w skład splotu lędźwiowego
m. czworoboczny lędźwi	warga wewnętrzna talerza kości biodrowej w części przykręgosłupowej	nadwrażliwość w tym miejscu będzie świadczyć o wzmożonym napięciu m. czworobocznego lędźwi i m. biodrowo-lędźwiowego, gdyż te dwa mięśnie zrastają się na wardze wewnętrznej grzebienia talerza kości biodrowej

Ocena palpacyjna stawu biodrowego

Tabela 1. Ocena palpacyjna mięśni i ich potencjalnego wpływu na funkcje naczyń oraz nerwów w obrębie stawu biodrowego [40–42]

Mięsień	Miejsce oceny palpacyjnej	Miejsce dolegliwości bólowych	Wpływ na naczynia i nerwy
M. gruszkowaty i m. pośladkowy średni	przyczep końcowy na krętarzu większym kości udowej	ból pośladka	ucisk tętnicy pośladkowej górnej i dolnej, co w konsekwencji może doprowadzać do zaburzenia ukrwienia w okolicy biodra, panewki stawu biodrowego i zaburzenia funkcji nerwu kulszowego
M. biodrowo-lędźwiowy	krętarz mniejszy (trudny dostęp) w przypadku podrażnienia splotu lędźwiowego przez m. biodrowo-lędźwiowy często występuje bolesność uciskowa na powierzchni przedniej kości piszczelowej	ból w okolicy biodra i okolicy przyśrodkowej kolana, wzmożone napięcie mięśni przywodzicieli uda	podrażnienie splotu lędźwiowego, w tym także nerwu zasłonowego, nerwu udowego
M. zasłaniacz zewnętrzny	przyczep końcowy w dole nadkrętarzowym kości udowej (trudny dostęp – tylko w pozycji leżenia na boku)	bolesność uciskowa mięśni przywodzących udo; ból w okolicy przyśrodkowej kolana	ucisk gałązki tylnej nerwu zasłonowego unerwiającej mięśnie przywodzące udo
Głowa prosta mięśnia czworogłowego uda	przyczep początkowy na kolcu biodrowym przednim dolnym	ból w pachwinie i okolicy przedniej kolana	wzmożone napięcie tego mięśnia nie ma istotnego wpływu na naczynia i nerwy
Mm. przywodziciele uda	przyśrodkowa powierzchnia uda (10 cm powyżej szpary stawu kolanowego)	ból w przyśrodkowej części uda	wzmożone napięcie mm. przywodzicieli uda i prawdopodobieństwo; podrażnienia nerwu zasłonowego przez m. zasłaniacz zewnętrzny, przez który przebiega tylna gałązka n. zasłonowego albo przez m. biodrowo-lędźwiowy, przez który przechodzi splot lędźwiowy w tym także n. zasłonowy
M. pośladkowy wielki	guzowatość pośladkowa kości udowej	ból w okolicy pośladków	
M. naprężacz powięzi szerokiej	kolec biodrowy przedni górny	ból bocznej powierzchni uda na przebiegu przedniej części pasma biodrowo-piszczelowego	wzmożone napięcie na kolcu biodrowym przednim może doprowadzać do zwiększonego napięcia więzadła pachwinowego i ucisku na nerw skórny boczny uda przechodzący przez to więzadło

Ocena palpacyjna w zespole bolesnego barku

Tabela 1. Ocena palpacyjna wrażliwości uciskowej mięśni i więzadeł – zespół bolesnego barku [76–81]		
Mięsień/więzadło/nerwy	Miejsce oceny	Komentarz
m. najdłuższy szyi mm. dźwigacze żeber 1–5	wyrostki poprzeczne kręgów piersiowych Th ₁₋₄	w celu wykluczenia podrażnienia pięciu górnych nerwów międzyżebrowych: dodatkowa ocena palpacyjna na żebrach chrzęstnych 1–5 w okolicy mostka (jeżeli występuje wrażliwość uciskowa w tym miejscu, będzie to świadczyć o podrażnieniu nerwów międzyżebrowych i tym samym uwrażliwieniu pięciu górnych żeber wraz z przyczepiającymi się do nich mięśniami: m. zębaty przedni, piersiowy mniejszy i większy, mm. międzyżebrowe. Dlatego też towarzyszyć temu będzie bolesność na kącie górnym łopatki, wyrostku kruczym łopatki i guzku większym kości ramiennej. W tym wypadku w pierwszej kolejności należy znormalizować napięcie spoczynkowe mm. dźwigaczy żeber i zlikwidowanie bolesności uciskowej na żebrach chrzęstnych 1–5
m. zębaty przedni m. dźwigacz łopatki m. równoległoboczny mniejszy m. nadgrzebieniowy	kąt górny łopatki	w tym miejscu przyczepiają się oceniane mięśnie. Ból w okolicy tylnej części barku
m. piersiowy mniejszy m. kruczo-ramienny m. dwugłowy ramienia – głowa krótka	wyrostek kruczy łopatki	ból w okolicy przedniej górnej części klatki piersiowej i problem w unoszeniu i odwodzeniu kończyny górnej
m. nadgrzebieniowy m. podgrzebieniowy m. obły mniejszy	guzek większy kości ramiennej	punktowy punkt w okolicy przedniej części ramienia i problem w odwodzeniu i unoszeniu kończyny górnej
mm. pochyłe	wyrostki poprzeczne kręgów szyjnych C ₃₋₆	możliwość wystąpienia podrażnienia splotu ramiennego (przechodzi on między mięśniami pochyłymi), co będzie się mogło objawiać zaburzeniem czucia w obrębie całej dłoni
m. obły mniejszy	brzeg boczny łopatki w 1/3 środkowej jego części	wzmoczone napięcie m. obłego mniejszego może powodować ograniczenie otworu czworobocznego, przez który przechodzi nerw pachowy i tętnica okalająca tylna ramienia i tym samym zaburzać funkcję mięśnia naramiennego
m. piersiowy większy	grzebień guzka większego kości ramiennej	punktowy punkt w okolicy przedniej części barku i problem w odwodzeniu horyzontalnym kończyny górnej
m. najszerszy grzbietu	boczna powierzchnia wyrostków kolczystych Th ₅₋₇ warga zewnętrzna grzebienia talerza kości biodrowej w najwyższym punkcie	punktowy ból między łopatkami na wysokości Th ₅₋₇ i utrudnienie w unoszeniu kończyny górnej
m. czworoboczny grzbietu: część wstępująca część poprzeczna część zstępująca	trójkątny początek grzebienia łopatki brzeg górny grzebienia łopatki górną krawędź końca barkowego obojczyka	utrudnienie w unoszeniu kończyny górnej, ból między łopatkami, ból w okolicy skroniowej głowy spowodowany wzmocnionym napięciem powięzi skroniowej pozostającej w kontakcie strukturalnym z czepcem głowy i częścią zstępującą m. czworobocznego grzbietu
m. naramienny: część przednia część środkowa część tylna	guzowatość naramienna kości ramiennej	utrudnienie w odwodzeniu i unoszeniu kończyny górnej

Filmy instruktażowe z automasażu

<https://akademia.nfz.gov.pl/filmy/>

Filmy | Akademia NFZ

akademia.nfz.gov.pl/filmy/

A A+ A++

AKADEMIA NFZ

Szukaj

O nas Wydarzenia Ogłoszenia Projekty POZ PLUS Diety Zdrowe Dane **Strefa edukacyjna** Baza wiedzy Strefa wewnętrzna mHealth

Filmy

Ocena palpacyjna mięśni w ramach oceny fizycznej (PPE, PPM) i KLR w zakresie fizjoterapii w doległościach bólowych kręgosłupa, stawu biodrowego i zespołu bolesnego barku.

Automasaż w zespole bolesnego barku, w podstawowej opiece zdrowotnej.

Automasaż w doległościach bólowych stawu biodrowego, w podstawowej opiece zdrowotnej.

Automasaż w doległościach bólowych kręgosłupa - odcinek lędźwiowo-krzyżowy, w podstawowej opiece zdrowotnej.

Ocena palpacyjna mięśni

Automasaż w zespole bolesnego barku

Automasaż w doległościach bólowych stawu biodrowego

Automasaż w doległościach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego

Automasaż w doległościach bólowych kręgosłupa - odcinek szyjny, w podstawowej opiece zdrowotnej.

Automasaż w doległościach bólowych kręgosłupa - odcinek szyjny, w podstawowej opiece zdrowotnej.

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO OPIEKI KOORDYNOWANEJ? ZARADKOWANIE PACJENTÓW W REZERWACJI POZ. PRAKTYCZNE WYKONANIE SYMULACJI NAUCZANIA. Anna Białas

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO OPIEKI KOORDYNOWANEJ? ZARADKOWANIE PACJENTÓW W REZERWACJI POZ. ORGANIZACJA PRACY I PRZEKAZanie INFORMACJI

Film 1 Opieka koordynowana – system identyfikacji pacjentów do badań bilansowych.

Film 2 Opieka koordynowana – organizacja pracy w przychodni.

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO OPIEKI KOORDYNOWANEJ? ZARADKOWANIE PACJENTÓW W REZERWACJI POZ. PRACOWNIA ZDROWIA

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO OPIEKI KOORDYNOWANEJ? ZARADKOWANIE PACJENTÓW W REZERWACJI POZ. PRACOWNIA ZDROWIA II

MIĘSIĘCZNA ZAPRAWIANA PACJENTÓW DO WIZYTY W PROGRAMIE WIZYTOWYM - BIAŁASKA, PRZELATYWA, DM

MIĘSIĘCZNA ZAPRAWIANA PACJENTÓW DO WIZYTY W PROGRAMIE WIZYTOWYM - BIAŁASKA, PRZELATYWA, DM

Dziękuję!