



SEMINARIUM

POLSKA • NIEMCY • SŁOWACJA • UKRAINA

Rzeszów 14-16 września 2017 r.

Zdrowi Seniorzy – Zdrowa Europa

Streszczenia

Patronat Honorowy:

JM Rektor Uniwersytetu Rzeszowskiego
prof. dr hab. Sylwester Czopek



Organizatorzy:

Uniwersytet Rzeszowski

Krankenhaus Buchholz und Winsen

Median Kliniken Bad Salzuflen

Uniwersytet Pavla Jozefa Šafárika w Koszycach

Lwowski Państwowy Uniwersytet Kultury Fizycznej



Wydanie przygotowane przez komitet redakcyjny w składzie:
Teresa Pop, Andrzej Kwolek, Joanna Baran

ISBN 978-83-65441-96-6



Bonus Liber Sp. z o.o.
Wydawnictwo i Drukarnia Diecezji Rzeszowskiej
35-020 Rzeszów, ul. 17 Pułku Piechoty 7
tel. 17 852 59 38, 790 804 406
e-mail: drukarnia@bonusliber.pl, www.bonusliber.pl

Austrup Heiner

Krankenhaus Winsen (Germany)

Triple Pelvic Osteotomy

Hüftreifungsverzögerungen bei Säuglingen lassen sich unmittelbar nach der Geburt sonographisch im Säuglingsscreening nachweisen. Unbehandelt führen Sie bei Erwachsenen zu mehr oder weniger ausgeprägten Hüftdysplasien. Biomechanisch besteht zumeist eine CoxaValga et Antetorta kombiniert mit einer Hüftpfannenfehlform. Das kann wegen der Fehlbelastung des Gelenkes zu einer frühzeitigen Arthrose Entwicklung führen. Im Beitrag werden eigene Erfahrungen mit der "Triple Osteotomie" zur Korrektur der Hüftpfannenposition und Verlaufsergebnisse dargestellt.

Schlüsselwörter: Hüftreifungsverzögerungen, Säuglingen, früzeitige Korrektur

Potrójna osteotomia miednicy

Opóźnienia rozwoju stawów biodrowych u niemowląt można udowodnić sonograficznie bezpośrednio po porodzie podczas badania niemowlaka. Nielezione zmiany prowadzą u dorosłych do mniej lub bardziej uwydatnionych dysplazji bioder.

Biomechanicznie istnieje najczęściej Coxa Valga et Antetorta w połączeniu z wadliwym kształtem panewki stawu biodrowego. Ze względu na nieprawidłowe obciążenie stawu może to prowadzić do wczesnego rozwoju artrozy. Referat przedstawia własne doświadczenia z „Triple Osteotomie” celem korekty pozycji panewki stawu biodrowego i wyniki przebiegu terapii.

Słowa kluczowe: opóźnienia w rozwoju stawów biodrowych, niemowlęta, wczesna korekcja

Porównanie cech fizycznych metod i technik rehabilitacji w leczeniu bólu neuropatycznego u osób starszych po uszkodzeniu rdzenia kręgowego

Ból neuropatyczny jest ważnym problemem ze względu na złożoną historię, niejasną etiologię i słabe dostosowanie do standardowych metod terapii fizycznej.

Poszukiwaliśmy artykułów dotyczących metod terapii fizycznej i rehabilitacji oraz przedstawiliśmy różne badania zależnie od ich znaczenia. Ból po SCI jest powszechny i jest niezwykle ze względu na jego przewlekłość, ingerencję w funkcjonowanie, oporność na leczenie i jest jednym z najważniejszych czynników przyczyniających się do obniżenia jakości życia.

Osoby z urazem rdzenia kręgowego występują w wielu typach bólów, w tym w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego, trzewnego i neuropatycznego oraz często ma różne rodzaje bólu.

Powoduje ciężką niepełnosprawność niezwiązaną z jego etiologią. Istnieje wiele przyczyn bólu neuropatycznego, które można sklasyfikować według etiologii i lokalizacji. Metody terapii fizycznej obejmują modulatory bólu, takie jak gorące i zimne opakowania, ultrasonografia, diatermia krótkodystansowa, prądy o małej częstotliwości (TENS, prądy diadynamiczne, prądy zakłócenkowe), stymulacja galwaniczna wysokiego napięcia, techniki laserowe i neurostymulacyjne, takie jak stymulacja mózgu i stymulacja magnetyczna.

Głównymi celami rehabilitacji są zmniejszenie bólu i ilości leków, poprawa dysfunkcji, zwiększenie jakości życia i aktywności fizycznej oraz przywrócenie poczucia własnej wartości wśród pacjentów.

Wnioski: należy podkreślić programy rehabilitacji i łączyć je z farmakoterapią w codziennej praktyce. Sposoby fizycznej terapii, takie jak powierzchowne i głębokie czynniki grzewcze, prądy przeciwbólowe i laser nie są wystarczające w leczeniu bólu neuropatycznego, gdy są stosowane samodzielnie.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, ból neuropatyczny, jakość życia.

Comparison of the characteristics of physical therapy methods and rehabilitation techniques in the management of neuropathic pain in elderly after spinal cord injury

Neuropathic pain is an important problem because of its complex natural history, unclear etiology, and poor response to standard physical therapy modalities.

We searched articles about physical therapy modalities and rehabilitation techniques and presented various studies according to their relevance. Pain after SCI is common and is remarkable for its chronicity, interference with functioning, resistance to medical treatment and is one of the most significant factors contributing to a reduced quality of life.

People with spinal cord injury present with many types of pain, including musculoskeletal, visceral and neuropathic and it is common to have several different types of pain.

It causes severe disability unrelated to its etiology. There are many causes of neuropathic pain which can be classified according to etiology, and localization. Physical therapy modalities include pain modulators like hot and cold packs, ultrasound, short wave diathermy, low frequency currents (TENS, diadynamic currents, interferential currents), high voltage galvanic stimulation, laser and neurostimulation techniques like deep brain stimulation and transcranial magnetic stimulation.

The main aims of rehabilitation are to decrease pain and amount of medication, improve dysfunction, increase quality of life and physical activity and bring the patient's self-esteem back.

Conclusion: rehabilitation programs must be emphasized and combined with pharmacotherapy in daily practice. Physical therapy modalities such as superficial and deep heat agents, analgesic currents and laser are also not sufficient in the treatment of neuropathic pain when applied alone.

Key words: rehabilitation, neuropathic pain, quality of life.

Physical therapy approaches for patients with dementia

Treatment approaches for patients with dementia can make a significant impact on their treatment.

One of the most common reasons patients with dementia are referred to physical therapy is because of falling, or repeated injuries due to falling. Physical therapy can be beneficial to the patient with dementia as well as their family and caregivers. The main focus of physical therapy with dementia is to: improve balance, improve muscle strength, improve mobility, decrease pain, help prevent falls.

People with dementia are in greater risk for falls due to gait, poor balance, cognitive impairment and muscular weakness. Physical therapy will help the patient build strength and balance which will in turn help with their ability to walk and get in and out of a chair.

For some patients, it may seem to be the first time they have met you – introduce yourself each time and be sure to speak slowly, giving them enough time to respond. Here are some creative treatment approaches for your patients with dementia:

Try using everyday activities or tasks into the exercise routine with your patient. You may use walking, watering plants, playing catch, making a bed or stationary bike.

Adding common hobbies into treatment may entice the patient to willingly participate, they will enjoy the activity and work on strengthening, endurance and balance at the same time. Find out what time of the day tends to be best for the patient. Most often, mornings are better for individuals with dementia.

Conclusion: creative treatment approaches helps to improve the function of the body of patients with dementia.

Key words: dementia, treatment approaches, physical therapy

Podejścia fizyczne terapii dla pacjentów z demencją

Sposoby terapii pacjentów z demencją mogą mieć istotny wpływ na ich leczenie. Jednym z najczęstszych powodów, dla których pacjenci z demencją są odwoływani do fizycznej terapii, jest spadek lub powtórne obrażenia spowodowane upadkiem. Leczenie fizyczne może być korzystne dla pacjenta z demencją, a także z rodziną i opiekunami. Głównym celem terapii fizycznej z demencją jest: poprawa równowagi, zwiększenie siły mięśni, poprawa mobilności, zmniejszenie bólu, zapobieganie upadkom.

Osoby z demencją mają większe ryzyko upadków z powodu chodu, złej równowagi, upośledzenia funkcji poznawczych i osłabienia mięśni. Fizykoterapia pomoże pacjentowi zbudować siłę i równowagę, co z kolei pomoże w ich zdolności chodzenia i wchodzenia do iz krzesła.

Niektórzy pacjenci mogą się wydawać, że po raz pierwszy spotkali się z Tobą - zapoznaj się z każdym razem i upewnij się, że mówisz powoli, dając im wystarczająco dużo czasu na odpowiedź. Oto kilka kreatywnych metod leczenia pacjentów z demencją:

Spróbuj użyć codziennych czynności lub zadań do ćwiczeń rutynowych z pacjentem. Możesz chodzić, podlewania roślin, bawić się, czyścić łóżko lub rower stacjonarny.

Dodanie wspólnego zainteresowania do leczenia może zachęcić chorego do chętnego uczestnictwa, będą cieszyć się aktywnością i pracować nad wzmocnieniem, wytrzymałością i równowagą w tym samym czasie. Dowiedz się, jaka pora dnia jest najlepsza dla pacjenta. Najczęściej rano są lepsze dla osób z demencją.

Wnioski: podejście do kreatywnego leczenia pomaga poprawić funkcjonowanie organizmu pacjentów z demencją.

Słowa kluczowe: demencja, metody leczenia, fizyczna terapia

Wpływ klinicznych instrumentów obserwacji przy rehabilitacji chorych starszego wieku po udarze mózgu

Wstęp. Choroby ośrodka krążenia w świecie posiadają jedno z pierwszych miejsc. Częstość powstania udaru mózgu na Ukrainie w 2014 r. jest wyróżniona na poziomie 278,2 wypadków na 100 tys. ludności.

Na Ukrainie poziom inwalidyzacji za rok po przeniesionym udarze mózgu składa od 76% do 85%, co świadczy o niedostatecznym poziomie organizacji leczniczego i rehabilitacyjnego procesu.

Dlatego wybór klinicznych instrumentów obserwacji przy rehabilitacji chorych z ostrym naruszeniem mózgowego krwioobiegu jest ważnym tematem, badanie którego pozwoli zabezpieczyć dokładny i efektywny program rehabilitacji fizycznej.

Wyniki badania. W naszym badaniu wzięły udział 18 osób (60-78 lat), było określono 10 bardzo efektywnych klinicznych instrumentów, które pozwalają otrzymać obiektywną informację o stanie pacjenta.

- **metoda goniometru** – wyznacza pasywną i aktywną amplitudę w różnych kończynach;
- **manualne testowanie mięśniowe** – wyznacza siłę mięśni w różnych kończynach;
- **10 Meter Walk Test** – ustala szybkość chodu w zwyczajnym i szybkim tempie;
- **test funkcjonalnego osiągnięcia** – pokazuje ryzyko spadku;
- **6 Minute Walk Test** – zaznacza wytrzymałość pacjenta i którą on potrafi podołać odległość;
- **Modified Ashworth Scale** - wyznacza poziom spastyczności;
- **Test 4-ch kwadratów** – wyznacza ryzyko spadku i podpowiada wybór technicznego środka;
- **Chedoke McMaster** – wyznacza poziom funkcji różnych kończyn i ocenia poziom wznowienia;
- **Gait analysis Rancho** – strukturalnie wyznacza słabość mięśni i analizuje prawidłowy stereotyp chodu;
- **Upper Motor Control** – wyznacza silne i słabe komponenty ruchu w różnych kończynach.

Wnioski. Wyniki przeprowadzonego badania pokazały, że za pomocą obranych instrumentów klinicznych potrafiliśmy dokładniej wyznaczyć problemy pacjentów (spastyczność, amplitudę ruchów, siłę mięśni, poziom wytrzymałości i koordynacji) i sformować efektywny program rehabilitacji fizycznej.

Słowa kluczowe: instrumenty kliniczne, ostre naruszenie mózgowego krwioobiegu, rehabilitacja fizyczna.

Influence of clinical instruments of the examination in the rehabilitation of elderly patients after stroke.

Introduction. The diseases of cardiovascular system are one of the first place in the world. The incidence of stroke in Ukraine in 2014 was at 278.2 cases per 100,000 population. In Ukraine the level of disability one year after the stroke range from 76% to 85%, indicating that insufficient organization of medical and rehabilitation process.

Therefore, the choice of clinical examination tools for the rehabilitation of patients with acute cerebrovascular diseases is an important topic, the study of which will provide a precise and effective program of physical rehabilitation.

Results. In our study take part 18 people (60-78 years old), 10 of the most effective clinical tools were identified, which allow obtaining objective information about the patient's condition.

- **Goniometry method** - defines passive and active amplitude in the affected limbs;
- **Manual muscular testing** determines the strength of the muscles in the affected limbs;
- **10 Meter Walk Test** sets in normal walking speed and fast pace;
- **Achieving functional test** shows the risk of falling;
- **6 Minute Walk Test** notes and patient endurance that he can overcome the distance;
- **Modified Ashworth Scale** determines the level of spasticity;
- **4-test** determines risk of falling squares and dictates the choice of means;
- **Chedoke McMaster** determines the level of function of affected limbs and assesses the level of recovery;
- **Rancho gait analysis** structurally defines muscle weakness and monitors the correct stereotype walking;
- **Upper Motor Control** determines the strengths and weaknesses of the components of movement in the affected limb.

Conclusion: The results of the study showed that with the help of the selected clinical tools we were able to more accurately determine the patient's problems (spasticity, amplitude of movements, strength of muscles, level of endurance and coordination) and to form a more effective program of physical rehabilitation.

Keywords: clinical tools, cerebrovascular accident, physical rehabilitation.

Ćwirlej-Sozańska Agnieszka, Wilmowska-Pietruszyńska Anna,
Wiśniowska-Szurlej Agnieszka, Sozański Bernard, Kujawa Jolanta
Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Rzeszowski

Ocena poziomu niepełnosprawności i czynników ją determinujących u osób w wieku 71-80 lat mieszkających na terenie Polski południowo-wschodniej

Wstęp: Obserwowane na świecie, w szczególności w Europie, zmiany demograficzne polegające na dynamicznym wzroście odsetka osób po 65 roku życia, stwarzają konieczność poszukiwania skutecznych strategii mających na celu poprawę zdrowia i funkcjonowania osób starszych w społeczeństwie.

Cel: Celem pracy była wielowymiarowa ocena funkcjonowania osób w wieku od 71 do 80 lat oraz analiza wpływu wybranych cech socjodemograficznych na występowanie niepełnosprawności u osób starszych.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 800 osób w wieku 71-80 lat, mieszkających na terenie południowo-wschodniej Polski. Badanie przeprowadzono z zastosowaniem wywiadu bezpośredniego. Do oceny niepełnosprawności w sześciu dziedzinach funkcjonowania zastosowano kwestionariusz WHODAS 2.0.

Wyniki: Osoby w wieku 71-80 charakteryzowały się średnim ogólnym poziomem niepełnosprawności. Największe trudności dotyczyły dziedzin życia związanych z wykonywaniem czynności dnia codziennego, uczestniczeniem w życiu codziennym i relacjach z otoczeniem. Stwierdzono występowanie bardzo silnych czynników wpływających na występowanie wyższego poziomu niepełnosprawności. Należą do nich: niższe wykształcenie, niski poziom aktywności fizycznej, niedostosowanie warunków mieszkaniowych oraz brak pomocy ze strony innych osób.

Wnioski: Działania mające na celu zmniejszenie poziomu niepełnosprawności osób starszych powinny koncentrować się na poprawie edukacji zdrowotnej, zwiększeniu aktywności fizycznej w postaci ćwiczeń fizycznych, dostosowaniu mieszkania do potrzeb związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz umożliwienie codziennego korzystania z pomocy innych osób.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, geriatra, aktywność fizyczna

An assessment of disability and the factors determining disability in the inhabitants of south-eastern Poland aged 71-80 years

Background: Observed in the world, in particular in Europe, demographic changes consisting of a dynamic increase percentage of people over 65 years of age, require the search for effective ageing strategies which aim is improving health and functioning of older people in society.

Aim: The aim of the study was to determine the influence of selected socio-demographic factors on the presence of disability in persons between 71 and 80 years by multivariable analysis and to evaluate the functioning of those persons.

Material and methods: The study included 800 people aged 71-80 years living in south-eastern Poland. The study was conducted using a direct interview realized by interviewers who were properly prepared for this purpose. The WHODAS 2.0 questionnaire was applied for the assessment of disability.

Results: Persons aged 71-80 were characterised by medium-sized general level of disability. The greatest difficulties were found in areas of life associated with the performance of everyday life activities, participation in daily life and relationship with the environment. Were found very strong factors influencing the occurrence of a higher level of disability. These include: low education, low levels of physical activity, poor living conditions for the elderly, and lack of opportunities for daily help from other people.

Conclusion: Measures intended to reduce level of disability in older adults should focus on improving health education, increasing physical activity, adapting housing to the needs of everyday functioning and providing daily help.

Keywords: disability, physical activity, geriatrics

ICF jako strategia wyboru modelu zespołu rehabilitacyjnego.

Wprowadzenie. Celem artykułu jest wybranie strategii wyboru modelu pracy zespołu rehabilitacyjnego.

Materiał i metody. Do grudnia 2015 r. Na Ukrainie nie było zawodu, aby utworzyć zespół rehabilitacyjny zgodnie ze światowymi standardami. W grudniu 2016 r. Oficjalnie wprowadzono ICF w ukraińską rehabilitację.

Badania twierdzą, że trening zespół ekspertów europejskich rehabilitacja poprawić podstawy przywództwa, pracy zespołowej, efektywnej komunikacji, ustalania celów zespołu. Stwierdzono, że ciągłe stosowanie ICF w praktyce klinicznej ułatwia efektywną pracę zespołową, a więc badanie i wdrażanie ICF w praktyce powinny być również częścią szkolenia podstawowego. ICF jako strategia powinna być stosowana na wszystkich poziomach: społeczna - jako polityka społeczna i tworzenie warunków w społeczeństwie do integracji; instytucjonalne - jako strategia świadczenia usług rehabilitacyjnych, specjalistów szkoleniowych; indywidualna - jako strategia indywidualnego programu rehabilitacyjnego, sformułowanie celów zespołu rehabilitacyjnego dla konkretnego pacjenta.

Model medyczny – cała opieka i cele są ustalane przez lekarza

Wielodyscyplinarny model – każda dyscyplina ma indywidualne cele dla pacjenta

Model interdyscyplinarny – wyznaczanie celów zespołowych

Głównym koordynatorem jest model transdyscyplinarny, jeden z członków zespołu rehabilitacyjnego. Członkowie zespołu omawiają plan rehabilitacji z nim.

Wyniki. Najczęściej w nowoczesnej praktyce światowej są wielodyscyplinarne i interdyscyplinarne modele pracy zespołu rehabilitacyjnego. Na Ukrainie dominuje medyczny model pracy zespołu rehabilitacyjnego. Wynika to z postrzegania medycznego modelu niepełnosprawności i zarządzania nieobecności w dziedzinie rehabilitacji.

Wnioski. Wprowadzenie ICF na wszystkich poziomach na Ukrainie pozwoli zespołom rehabilitacyjnym na stosowanie skutecznych modeli pracy.

Słowa kluczowe: ICF, model zespołu rehabilitacyjnego.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a strategy for choosing a model for a rehab team.

Introduction. The purpose of the article is to choose a strategy for choosing the model of the work of the rehabilitation team.

Material and methods. By December 2015, there was no profession in Ukraine necessary for the creation of a rehab team in accordance with world standards.

In December 2016, the official introduction of the ICF into Ukrainian rehabilitation began.

Studies argue that in Europe, rehab team specialists need to improve the training of the basics of team work, leadership, effective communication, setting team goals. It has been established that the constant use of ICF in clinical practice promotes effective teamwork, and therefore the study and implementation of ICF in practice should also be part of basic training. The ICF as a strategy should be applied at all levels: social - as a social policy and creating conditions in society for integration; institutional - as a strategy for providing rehabilitation services, training specialists; individual - as a strategy of an individual rehab program, the formulation of goals of a rehab team for a particular patient.

Medical model – all care and goals are determined by the doctor.

A multidisciplinary model - each discipline has individual goals for the patient.

Interdisciplinary model – setting of team goals.

The transdisciplinary model – one of the members of the rehab team, is the main coordinator. Team members discuss a rehab plan with him.

Results. Most often in modern world practice there are multidisciplinary and interdisciplinary models of rehabilitation team work. In Ukraine the medical model of the work of the rehabilitation team prevails. This is a consequence of the medical model of perceptions of disability, as well as the lack of management in the field of rehabilitation.

Conclusions. The introduction of the ICF at all levels in Ukraine will allow rehabilitation teams to choose effective models of work.

Keywords. ICF, model of rehab team.

Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ) як стратегія для вибору моделі роботи реабілітаційної команди.

Вступ. Метою статті є вибір стратегії для вибору моделі роботи реабілітаційної команди.

Матеріал і методи. До грудня 2015 року в Україні не існувало жодної професії необхідної для створення реабілітаційної команди відповідно до світових стандартів.

В грудні 2016 року почалося офіційне впровадження МКФ в українську реабілітацію.

Дослідження стверджують, що в Європі фахівці реабілітаційної команди потребують вдосконалення навчання основ командної роботи, лідерства, ефективної комунікації, постановки командних цілей. Встановлено, що постійне використання МКФ в клінічній практиці сприяє ефективній роботі в команді, і тому вивчення та впровадження МКФ на практиці також повинно бути частиною базового навчання. МКФ як стратегія має застосовуватись на всіх рівнях: соціальному - як соціальна політика та створення умов в суспільстві для інтеграції; інституційному – як стратегія надання реабілітаційних послуг, підготовки спеціалістів; індивідуальному – як стратегія індивідуальної програми реабілітації, формулювання цілей реабілітаційної команди для конкретного пацієнта.

Медична модель – весь догляд і цілі визначаються лікарем

Мультидисциплінарна модель - кожна дисципліна має окремі цілі для пацієнта

Інтердисциплінарна модель – постановка командних цілей

Трансдисциплінарна модель – один з членів команди реабілітації є основним координатором. Члени команди обговорюють план реабілітації з ним.

Результати. Найчастіше в сучасній світовій практиці зустрічаються мультидисциплінарна та інтердисциплінарна моделі роботи реабілітаційної команди. В Україні домінує медична модель роботи реабілітаційної команди. Це є наслідком медичної моделі сприйняття неповносправності, а також відсутності менеджменту в сфері реабілітації.

Висновки. Запровадження МКФ на всіх рівнях в Україні дозволить реабілітаційним командам застосувати ефективні моделі роботи.

Ключові слова. МКФ, модель реабілітаційної команди.

**Knap V.^{1,2}, Takáč P.¹, Ondová P.¹, Ištoňová M.^{1,2}, Schwartzová V.³,
Oravcová K.¹, Mihaľová M.¹**

¹Pavol Jozef Šafárik University, Faculty of Medicine, Department of Physiatry, Balneology, and Medical Rehabilitation, Slovak Republic

²st. Elizabeth University of Health Service and Social Work, Bratislava

³Pavol Jozef Šafárik University, Faculty of Medicine, 1st Department of Stomatology, Slovak Republic

Temporomandibular joint disorders in the elderly – Physiotherapy

Introduction: In defining the disease and temporomandibular joint disorder (TMD), we must remember that this is a summary of clinical conditions that are manifested by pain in the area of the jaw and the surrounding muscles, as well as limited ability of natural movements in verbal expression, facial expression, eating, chewing and swallowing. At present, it is estimated that about 14-20% of the population suffers from some form of TMD disorder, with women experiencing 3-5 times more often than men (Nawaf, 2008) because of the density of muscle and bone tissue, partly due to psychological and hormonal changes. According to the psychophysiological concept, muscle spasm is the result of stress tension and becomes the primary factor in dysfunction of the jaw joint. With current knowledge, we know that there are two basic causes of increased muscle tone and that is a psychological and physiological cause.

Aim: The aim of this work was to emphasize the importance of targeted physiotherapy in the dysfunction of the temporomandibular joint in the elderly.

Material and methods: We present a group of 18 patients with a diagnosis of temporomandibular joint dysfunction in the age range of 65-78 years with an average age of 72,47 years. We evaluated the mobility range status of the mouth opening and the intensity of the pain before and after rehabilitation treatment for 10 days.

Results: There has been reduced the pain of patients after 10 days of therapy with a complex rehabilitation treatment focused on the removal of temporomandibular joint dysfunction, reducing the muscle tension at the TMD location, as a result of which we restored the range of lower limb mobility with the physiological opening of the mouth.

Conclusion: For most of our patients, after the addition of targeted physiotherapy to the basic therapy, the mobility of temporomandibular joint was

significantly improved. The results of targeted physiotherapy have confirmed the treatment of muscle imbalance, reduction of muscle tension in the TMD location, relieving pain. Patients have improved overall health and have been instructed to prevent relapse.

Keywords: Temporomandibular joint. Function disorder. Physiotherapy.

Schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego u osób starszych – Fizjoterapia

Wstęp: Przy definicji choroby i dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego (TMK) musimy pamiętać, że chodzi tu o zespół stanów klinicznych, które objawiają się bólem w strefie szczęki i okolicznych mięśni oraz ograniczeniem możliwości wykonywania naturalnych ruchów przy ekspresji werbalnej, wyrazie twarzy, jedzeniu, przeżuwananiu i przelękaniu. Aktualnie szacuje się, że w przybliżeniu 14-20% populacji cierpi na jakąś formę zespołu TMK, przy czym u kobiet występuje to 3-5 razy częściej niż u mężczyzn (Nawaf, 2008) ze względu na różną gęstość tkanki mięśniowej i kostnej, a częściowo ze względu na zmiany psychologiczne i hormonalne. Według koncepcji psychofizjologicznej skurcz mięśni jest wynikiem napięcia i stresu, stając się pierwotnym czynnikiem w dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego. Przy aktualnym stanie wiedzy wiemy, że istnieją 2 podstawowe przyczyny zwiększonego napięcia mięśniowego, czyli przyczyna psychologiczna i fizjologiczna.

Cel: Celem pracy było podkreślenie znaczenia fizjoterapii ukierunkowanej przy dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego u osób starszych.

Material i metody: W pracy prezentujemy grupę 18 pacjentów z diagnozą dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego w przedziale wiekowym 65-78 lat ze średnią wieku 72,47 lat. Badaliśmy stan i zakres ruchomości przy otwieraniu ust i intensywność bólu przed i po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego trwającego 10 dni.

Wyniki: Pacjentom po ukończeniu 10 dniowej terapii kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego ukierunkowanego na usunięcie dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego doszło do zmniejszenia bolesności i zmniejszenia napięcia mięśniowego w rejonie TMK, na skutek czego przywróciliśmy zakres ruchomości szczęki dolnej z fizjologicznym otwarciem ust.

Podsumowanie: U większości naszych pacjentów po dodaniu fizjoterapii ukierunkowanej do leczenia podstawowego doszło do istotnej poprawy ru-

chomości w stawie skroniowo-żuchwowym. Wyniki fizjoterapii ukierunkowanej potwierdziła nam zmiana dysbalansu mięśniowego, zmniejszenia napięcia mięśniowego w strefie TMK i ograniczenie bolesności. U pacjentów doszło do polepszenia całkowitego stanu zdrowia, a jednocześnie zostali oni pouczeni, jak prewencyjnie zapobiegać nawrotom tych dolegliwości.

Słowa kluczowe: Staw skroniowo-żuchwowy. Dysfunkcja. Fizjoterapia

Aktualne podejście do kompleksowego leczenia osób z chorobą Parkinsona

Pacjenci z chorobą Parkinsona (PD), a więc chorobą przewlekłą i nieuleczalną wymagają specjalistycznej, kompleksowej terapii. Oznacza to, że musi ona obejmować zarówno farmakoterapię, jak też rehabilitację, która powinna rozpoczynać się jeszcze w okresie przed pełną kliniczną manifestacją choroby oraz przed rozpoczęciem farmakoterapii. Takie są zalecenia grupy roboczej European Federation of Neurological Societies (EFNS) z 2013 roku. Umożliwia to jak najdłuższe utrzymanie dobrej sprawności i jakości życia. Jak zapisano w polskim modelu rehabilitacji, powinna być ona powszechna, wczesna, kompleksowa i ciągła.

Zasadniczą rolę w kompleksowym postępowaniu z osobą z PD odgrywa lekarz rodzinny w kontakcie z neurologiem (ustala i weryfikuje farmakoterapię) i specjalistą rehabilitacji medycznej. Istotne też jest aktywne włączenie się najbliższych osób w realizowanie programu rehabilitacji, który powinien być weryfikowany na każdym etapie choroby przez lekarza, fizjoterapeutę oraz niezbędnych specjalistów zespołu rehabilitacyjnego.

W trakcie choroby występować mogą zaostrzenia i wówczas potrzebna jest hospitalizacja w oddziale neurologicznym i często w oddziale rehabilitacji. Celowe i bardzo korzystne jest okresowe korzystanie z leczenia w szpitalu uzdrowiskowym.

Kompleksowa rehabilitacja oprócz lekarza specjalisty i fizjoterapeuty realizowana powinna być przez pielęgniarkę środowiskową, terapeutę zajęciowego, psychologa, logopedę, pracownika socjalnego oraz przez najbliższych członków rodziny. Każda z tych osób, w zależności od indywidualnej sytuacji osoby z PD i zaawansowania choroby odgrywa istotną rolę w zapewnieniu optymalnej i ciągłej rehabilitacji.

Słowa kluczowe: zespół rehabilitacyjny, lekarz rodzinny, rodzina, ciągłość rehabilitacji

Current approach to complex treatment of people with Parkinson's disease

Patients with Parkinson's disease (PD), the chronic and incurable condition require specialized, complex therapy. This means that it must include both pharmacotherapy, and rehabilitation, which should start even in the period before the full clinical manifestation of the disease and before pharmacotherapy. These are the recommendations of the working group of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) from 2013. It allows for as long as possible to maintain good fitness and quality of life. As stated in Polish model of rehabilitation, it should be universal, early, comprehensive and continuous.

An essential role in the comprehensive management of a person with PD belongs to a family doctor who should stay in contact with a neurologist (sets and verifies pharmacotherapy) and physiatrist (specialist of physical rehabilitation medicine). Active involvement of the closest people in the implementation of the rehabilitation program is also important. It should be reviewed at each stage of the disease by a physiatrist, a physiotherapist and other members of rehabilitation team.

In the course of the disease may occur exacerbation which demand hospitalization in the departments of neurology and often in the rehabilitation ward. Periodically use of the spa treatment in the hospital is deliberate and very beneficial.

In addition to a physiatrist and physiotherapist complex rehabilitation should be carried out by the public health nurse, occupational therapist, psychologist, speech therapist, social worker and by the closest family members. Each of them, depending on the individual situation of the person with PD and severity of the disease plays an important role in ensuring optimal and continuous rehabilitation.

Key words: rehabilitation team, family doctor, family, continuity of rehabilitation

**Pop Teresa¹, Rusek Wojciech^{1,2}, Adamczyk Marzena², Baran Joanna^{1,2},
Grabarz Monika¹**

¹Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Fizjoterapii, Polska

²Centrum Rehabilitacji Rehamed-Center w Tajęcinie, Polska

Wpływ wybranych czynników demograficznych na równowagę i prędkość chodu u osób starszych

Wstęp: Starzenie się społeczeństwa jest dużym wyzwaniem dla współczesnego świata, ponieważ jest to proces dynamiczny, którego nie można cofnąć i który przebiega nie tylko na płaszczyźnie biologicznej ale także psychologicznej, demograficznej, społecznej i ekonomicznej. Na równowagę ciała oraz prędkość chodu duży wpływ ma: wiek, zmiany w obrębie narządu ruchu oraz różnorodne choroby pozostałych układów.

Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników demograficznych na równowagę oraz prędkość chodu osób po 65 roku życia zamieszkujących DPS oraz środowisko wiejskie.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 50 osób zamieszkałych w DPS, grupę kontrolną stanowiło 50 osób mieszkających w środowisku domowym. W grupie badanej było 31 kobiet i 19 mężczyzn, a średni wiek badanych wyniósł 73,1 lat. Grupa kontrolna miała podobną strukturę wiekową oraz liczbę kobiet i mężczyzn.

Do badań wykorzystano skalę równowagi Berga, test Up&Go, 10 metrowy test marszowy oraz kwestionariusz własny.

Wyniki: Osoby mieszkające w DPS wykazywały gorszą równowagę oraz uzyskały niższe wartości w ocenie prędkości chodu niż osoby mieszkające w środowisku domowym. Mężczyźni odznaczali się lepszą równowagą oraz większą prędkością chodu w porównaniu do kobiet zarówno w grupie badanej jak i kontrolnej. Stan cywilny miał istotnie statystyczny wpływ na grupę badaną, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej. Gorsze wyniki uzyskiwały również osoby przyjmujące większą liczbę leków.

Wnioski: Miejsce zamieszkania ma istotny wpływ na równowagę oraz prędkość chodu u osób starszych. Do i rodzina są naturalnym środowiskiem życia osób starszych.

Słowa kluczowe: osoby starsze, równowaga, prędkość chodu, demografia.

The influence of chosen demographic factors on balance and gait velocity of elderly people

Introduction: The aging population is a challenge for the modern world, because it's a dynamic process which can't be undone and which proceed not only at the biological plane but also psychological, demographic, social and economic. The balance of the body and gait velocity depend on age, changes in musculoskeletal system and changes in other systems.

The aim of the study was the evaluation of influence of demographic factors on the balance and gait velocity of people over the age of 65, living in nursing homes and home environment.

Material and methods: Study group consisted of 50 people living in nursing homes, the control group consisted of 50 people living in the rural environment. In the study group were 31 women and 19 men, in average age 73,1 years. The control group had a similar age structure and number of women and men.

In this study were used: Berg balance scale, timed Up & Go test, 10 meter walk test and self-assessment questionnaire.

Results: People who live in nursing homes had worse balance and lower gait velocity than those living in the home environment. Men had better balance and gait velocity than women in both groups. Marital status had a statistically significant effect on the study group, as opposed to the control group. People who took more medicines also got worse results.

Conclusions: Place of residence has a significant effect on the balance and gait velocity of elderly. Home and family are the natural habitat of elderly.

Key words: Elderly, balance, gait velocity, demography.

**Przysada Grzegorz, Leszczak Justyna, Podgórska-Bednarz Justyna,
Czenczek-Lewandowska Ewelina, Wyszyńska Justyna, Baran Joanna,
Weres Aneta, Pop Teresa, Druźbicki Mariusz**
Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Rzeszowski

Wybrane czynniki a sprawność funkcjonalna u chorych po udarze mózgu

Wstęp: Światowe doniesienia naukowe potwierdzają, że od 25 do 75% grupy 50 milionów ludzi po przebytych udarze mózgu (stroke survivors), posiada liczne zaburzenia fizyczne, poznawcze oraz emocjonalne. Udar mózgu stanowić może zatem istotną przyczynę niepełnosprawności, która niejednokrotnie wiąże się z koniecznością włączenia częściowej lub całkowitej pomocy osób z zewnątrz, podczas wykonywania aktywności życia codziennego (activities of daily living ADL).

Cel: Ocena wpływu wybranych czynników klinicznych na poprawę sprawności funkcjonalnej u pacjentów w okresie wczesnym od wystąpienia udaru mózgu.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 693 chorych, leczonych w Klinicznym Oddziale Rehabilitacji z pododdziałem wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Poziom sprawności funkcjonalnej każdego pacjenta oceniono dwukrotnie przy przyjęciu oraz wypisie z oddziału z wykorzystaniem wskaźnika Barthel. Na podstawie uzyskanych danych określono uzyskaną poprawę sprawności funkcjonalnej po okresie trzytygodniowej rehabilitacji. Zbadano jej zależność z wybranymi czynnikami klinicznymi tj. wiek, płeć, rodzaj udaru oraz stroną niedowład.

Wyniki: Uzyskano wysoce znamienne poprawę dla oceny sprawności funkcjonalnej w oparciu o wskaźnik Barthel ($p = 0,0000^{***}$). Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy poprawą sprawności funkcjonalnej a wiekiem ($p = 0,3800$), płcią ($p = 0,4085$), rodzajem udaru ($p = 0,7498$) oraz stroną niedowład ($p = 0,1573$).

Wnioski: Kompleksowa czterotygodniowa rehabilitacja wpłynęła na poprawę sprawności funkcjonalnej osób po udarze mózgu bez istotnej roli czynników: wieku, płci, rodzaju udaru i strony niedowład.

Słowa kluczowe: udar mózgu, rehabilitacja, wskaźnik Barthel

Selected factors versus functional performance in patients after stroke

Introduction: Of the 50 million people who are estimated to have suffered from and survived a stroke worldwide, as many as 25–75% are reported to experience physical, cognitive and emotional disorders after the event. Stroke is therefore a significant cause of disability and can result in a patient requiring the assistance of a family member, friend or carer to perform activities of daily living (ADL).

Objective: To evaluate the impact of selected clinical factors on functional performance in patients in the early period after stroke.

Materials and methods: The study included 693 patients treated in the Clinical Department of Rehabilitation in the Regional Hospital no.2 in Rzeszow (Poland) in within the subdivision of early neurological rehabilitation. The level of functional performance of each patient was evaluated twice using the Barthel scale: first on admission and again upon discharge from the ward. After 4 weeks of rehabilitation, the relationship between functional improvement and age, sex, type of stroke, and side of paresis was examined.

Results: A significant improvement in functional performance was observed ($p = 0.0001$). There was no significant relationship between functional improvement and age ($p = 0.3800$), sex ($p = 0.4085$), type of stroke ($p = 0.7498$), and side of paresis ($p = 0.1573$).

Conclusions: A comprehensive 4-week rehabilitation program significantly improved the functional performance of stroke survivors; in addition, important factors such as age, sex, type of stroke, and side of paresis were found to have no effect on this performance.

Keywords: stroke, rehabilitation, Barthel scale

Physical Therapy of Elderly with Violation of Activity of Respiratory System

The aim of investigation is to reveal peculiarities of influence of physical therapy upon the functional state of respiratory system in elderly leaving in the geriatric boarding house.

The following **methods** have been used during investigation: survey; palpation; percussion; auscultation; measurement of blood pressure, heart rate and breathing rate (BR); spirometry; measurement of excursion of the chest (EC). 20 people with violation of activity of respiratory system took part in investigation. They have been divided into comparison group (10 elderly) which have been involved in ordinary sessions of remedial gymnastics and main group (10 elderly) which used the specially designed program of physical therapy.

Results and discussion. We have make up programs of physical therapy according with the results of primary examination depending on nosology, general physical conditions and individual peculiarities of the patients. It consisted of exercises of remedial gymnastics, manipulative interventions and drainage positions. Each training session consisted of preparatory, main and final parts. The exercises from the preparatory part have been aimed at preparing the organism to further activity. The exercises from the final part have been aimed at relaxation of the organism and bringing the indices of respiratory and cardio-vascular systems to normal level.

Conclusion. We can affirm bigger efficiency of our program of physical therapy when compared with the program of remedial gymnastic traditional lysed in the boarding house based on results of our investigation. In particular, BR in the main group declined by 13% after physical therapy, EC increased by 34% and lung vital capacity (LVC) by 33%, in comparison group BR declined only by 2%, EC did not change and LVC increased by 3%.

Key words: elderly, respiratory system, physical therapy.

Fizykoterapia osób w podeszłym wieku z zaburzeniem aktywności układu oddechowego

Celem badania było ujawnienie wpływu terapii fizycznej na funkcjonalny stan układu oddechowego u osób starszych pozostających w geriatrycznym domu opieki.

Podczas badania wykorzystano następujące metody: badanie; palpacja; osłuchiwanie; pomiar ciśnienia krwi, tętno i szybkość oddechu (BR); spirometria; pomiar ruchomości klatki piersiowej (WE). W badaniu wzięło udział 20 osób z zaburzeniem czynności układu oddechowego. Osoby zostały podzielone na grupę porównawczą (10 osób w podeszłym wieku), które uczestniczyły w zwykłych sesjach gimnastycznych i grupa badana (10 osób w podeszłym wieku), które korzystały ze specjalnie zaprojektowanego programu kinezyterapii.

Wyniki i dyskusja. W zależności od wyników badań pierwotnych opracowaliśmy programy terapii fizycznej w zależności od nosologii, ogólnych stanów fizycznych oraz indywidualnych cech pacjentów. Składał się on z ćwiczeń gimnastycznych trików, zabiegów manipulacyjnych i pozycji drenażowych. Każda sesja szkoleniowa składała się z części przygotowawczych, głównych i końcowych. Ćwiczenia z części przygotowawczej miały na celu przygotowanie organizmu do dalszej aktywności. Ćwiczenia z ostatniej części miały na celu złagodzenie organizmu i doprowadzenie wskaźników układów oddechowych i układu sercowo-naczyniowego do normalnego poziomu.

Wniosek. Możemy potwierdzić większą skuteczność naszego programu terapii fizycznej w porównaniu z programem medycyny zaradczej tradycyjnej na podstawie wyników naszego badania. W szczególności grupa BR w głównej grupie zmniejszyła się o 13% po zabiegu fizykoterapii, u 34% wzrosła o 34%, a płucna zdolność życiowa (LVC) o 33%, w grupie porównawczej BR zmniejszyła się tylko o 2%, nie zmieniła się i LVC wzrosła 3%.

Słowa kluczowe: osoby starsze, układ oddechowy, fizykoterapia

Rusek Wojciech^{1,2}, Pop Teresa¹, Adamczyk Marzena², Baran Joanna^{1,2}

1 Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Fizjoterapii, Polska

2 Centrum Rehabilitacji Rehamed-Center w Tajęcinie, Polska

Ocena efektów terapii z wykorzystaniem funkcjonalnej stymulacji magnetycznej u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – opis przypadku

Wstęp: W ośrodkowym układzie nerwowym największą reprezentację neuronów oraz aktywnych pól ruchowych i czuciowych ma kończyna górna, a w szczególności ręka. Powrót prawidłowych funkcji w tej części ciała jest zatem najdłuższy i najtrudniejszy do wypracowania.

Celem pracy była obiektywna ocena wpływu rehabilitacji wspomaganą funkcjonalną stymulacją magnetyczną na poprawę stanu funkcjonalnego kończyny górnej niedowładnej pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu.

Materiał i metody: Badaniami objęto 76-cio letniego pacjenta, który w grudniu 2015 roku doznał udaru niedokrwiennego lewej półkuli mózgu.

Przed rozpoczęciem fizjoterapii przeprowadzono badanie funkcjonalne pacjenta. Dokonano pomiarów zakresów ruchów czynnych kończyny górnej niedowładnej, oceny spastyczności skalą Ashworth, a do oceny sprawności kończyny wykorzystano test ręki Frenchay.

Pacjent, przez 7 miesięcy, korzystał z rehabilitacji pięć razy w tygodniu na 45-cio minutowych sesjach terapii indywidualnej oraz 30-to minutowych sesjach stymulacji magnetycznej przy pomocy urządzenia TMS MagVenture.

Wyniki: W wyniku prowadzonej kompleksowej rehabilitacji uzyskano znaczną poprawę zakresów ruchów, obniżenie spastyczności oraz poprawę sprawności funkcjonalnej kończyny górnej niedowładnej.

Wnioski: Terapia funkcjonalna ręki w połączeniu z stymulacją magnetyczną u pacjentów nawet w okresie przewlekłym po udarze mózgu wpływa na poprawę jej funkcji motorycznych.

Słowa kluczowe: Udar niedokrwienny, terapia funkcjonalna ręki, spastyczność, TMS.

Evaluation of the effects of physiotherapy using functional magnetic stimulation in a patient after ischemic stroke – case report

Introduction: In the central nervous system the largest representation in the motor and sensory cortices has the upper limb, in particular the hand. That's why recovery of upper limb function is the longest and the most difficult.

The aim of this study was an objective evaluation of the impact of rehabilitation supported by functional magnetic stimulation on improving upper limb function in a patient after ischemic stroke.

Material and methods: The studies involved 76-year-old patient who in December 2015 suffered a left-hemispheric ischemic stroke.

A functional study was applied before and after rehabilitation. The range of motion of the upper limb was measured with goniometer, Ashworth scale was used to assess the spasticity and the examination of functional condition was performed with Frenchay test.

Rehabilitation was applied for 7 months, five times a week, during 45-minute individual sessions of functional physiotherapy and 30-minute magnetic stimulation sessions using TMS MagVenture.

Results: Proposed treatment consisting of functional physiotherapy and magnetic stimulation had impact on improving the range of motion, spasticity reduction and improving function of the upper limb.

Conclusions: Functional hand therapy combine with magnetic stimulation in patients even with chronic stroke improves his motor function.

Key words: Ischemic stroke, functional hand therapy, spasticity, TMS.

Takáč Peter, Kubincová Anna, Knap Viliam, Ondová Perla

Department of Physiatry, Balneology and Medical Rehabilitation Pavol Jozef Šafárik University in Košice

Rehabilitation nursing in elderly patients after stroke

As the population continues to age, there will be a greater incidence of stroke and a greater need for stroke rehabilitation. Almost three-fourths of all strokes occur in people over the age of 65. Early poststroke rehabilitation focuses on regaining as much independence as possible and improving function, while addressing and managing secondary stroke prevention and minimizing risk factors. Elderly stroke survivors are at risk of developing physical, psychological, social, and functional sequelae that further decrease their quality of life. The focus of rehabilitation nursing is to prevent secondary complications as much as possible. In the absence of physical therapy treatments focused on prevention of secondary changes, the outcomes of therapy are considerably worse and the consequences from secondary complications are often more taxing on a patient than the primary illness. The main therapeutic approaches include patient repositioning, gradual verticalization and mobilization. We describe the indications for repositioning, main principles, goals, types of repositioning, types and goals of early mobilisation from the perspective of elderly patient.

Key words: stroke in elderly, rehabilitation nursing, repositioning, early mobilisation

Pielęgniarstwo rehabilitacyjne u starszych pacjentów po udarze mózgu

Ponieważ populacja nadal się starzeje, nastąpi większa częstość występowania udaru mózgu i większa potrzeba rehabilitacji osób po udarze. Prawie trzy czwarte wszystkich udarów mózgu występuje u osób po 65. roku życia. Wczesna rehabilitacja koncentruje się na odzyskaniu jak największej niezależności i poprawie funkcji, a także w zarządzaniu wtórnym zapobieganiem udarom i minimalizowaniu czynników ryzyka. Osoby starsze, które przeżyły udar mózgu, są narażone na ryzyko wystąpienia fizycznych, psychicznych, społecznych i funkcjonalnych następstw, które pogarszają jakość życia. Praca pielęgniarek rehabilitacyjnych ma na celu zapobieganie wtórnym powikłaniom w jak największym stopniu. Wobec braku zabiegów fizykoterapeutycznych ukierunkowanych na zapobieganie wtórnym zmianom, rezultaty terapii są znacznie gorsze, a konsekwencje wtórnych powikłań są znacznie gorsze dla pacjenta niż choroba podstawowa. Głównymi podejściami terapeutycznymi są repozycjonowanie pacjentów, stopniowa pionizacja i mobilizacja. Opisujemy wskazania do zmiany położenia, główne zasady, cele, typy repozycjonowania, typy i cele wczesnej mobilizacji z punktu widzenia pacjenta w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: udar w podeszłym wieku, rehabilitacja pielęgniarstwa, zmiana położenia, wczesna mobilizacja

Peculiarities of Care in Alzheimer's Disease

Introduction. The research **aim** is to determine the functional problems of the locomotor apparatus and the problems of care in a patient with Alzheimer's disease.

Progressive memory loss, inability to think, to communicate with others, to perform routine tasks require constant care for people with Alzheimer's disease. This care is actually provided by family and friends, 70% of whom, according to research done in Ukraine, assess the patient's condition as inevitable age-related changes, without having the correct ideas about disease and care (Yastremska S.O., 2013).

Material – a study conducted with the patient of 76 years old, who has a severe stage of Alzheimer's disease and who is at home under constant care of relatives. Research **methods:** supervision, analysis of anamnesis of disease, questioning of relatives, functional research of amplitude and force.

Results: Anamnesis showed that a patient in 2013 was diagnosed Alzheimer's disease with a mild stage. Functional study showed restriction of passive amplitude of moves in humeral joints, reduction of tone of muscles of upper extremities, increase of muscle tension in anxiety, uncertainty of movements, tremor of upper extremities, disturbances of balance and problems with walking. She can walk with the help of relative short distance up to 100 m. Problems have been identified with: 1) deficit and absence of self-service; 2) receptions of meal; 3) communications due to speech aphasia; 4) spatial-temporal orientation; 5) problems are with incontinence of urine and excrement; 6) sleepiness during a day, etc. Relatives' information about the features of care has been obtained from Internet resources, but not from a doctor – specialist in neurological pathology. Relatives noted that in their opinion, they lost time in diagnosing the disease, organizing the medical process and care. When a patient's condition deteriorates, relatives are confronted with problems of the practical implementation of daily care activities, namely, problems with patient insurance when moving, implementation of hygienic procedures, eating, dressing, etc.

Conclusions: The identified problems are the result of the disease stage. It is necessary to make an individual Alzheimer's patient care plan.

Key words: Alzheimer's disease, care.

Opieka w chorobie Alzheimera

Wprowadzenie. Celem badania było określenie problemów funkcjonalnych układu ruchu oraz problemów opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera.

Progresywna utrata pamięci, niemożność myślenia, komunikowania się z innymi, wykonywania rutynowych czynności wymaga stałej opieki nad osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera. Opieka ta jest dostarczana przez rodzinę i przyjaciół, z czego 70% z nich, według badań przeprowadzonych na Ukrainie, ocenia stan pacjenta jako nieuniknione zmiany związane z wiekiem (Yastremska S., 2013).

Materiał. Badanie przeprowadzone z pacjentką w wieku 76 lat, który ma zaawansowany etap choroby Alzheimera i który jest w domu pod stałą opieką krewnych. Metody badawcze: nadzór, analiza anamnezy choroby, ankietowanie krewnych, badania funkcjonalne amplitudy i siły.

Wyniki: Wywiad z pacjentką wykazał, że w 2013 roku zdiagnozowano u niej chorobę Alzheimera w łagodnym stadium. Badania funkcjonalne wykazały ograniczenie pasywnej amplitudy ruchów w stawach, zmniejszenie napięcia mięśni kończyn górnych, zwiększenie napięcia mięśni w niepokoju, niepewność ruchów, drżenie kończyn górnych, zaburzenia równowagi i problemy z chodzeniem. Pacjentka może chodzić z pomocą na względnej krótkiej odległości do 100 m. Zidentyfikowano problemy z: 1) deficytem i brakiem samoobsługi; 2) przyjęciem posiłku; 3) komunikacją z powodu afazji mowy; 4) orientacją przestrzennie-czasową; 5) problemy związane z nietrzymaniem moczu i kału; 6) senność w ciągu dnia, itd.

Wnioski: Zidentyfikowane problemy są wynikiem etapu choroby. Konieczne jest wykonanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, opieka.

Spis treści

Austrup Heiner

Potrójna osteotomia miednicy..... 3

Batool Dhaimish, Bilyanskiy Oleh

Porównanie cech fizycznych metod i technik rehabilitacji w leczeniu bólu neuropatycznego u osób starszych po uszkodzeniu rdzenia kręgowego 4

Bilyanskiy Oleg

Physical therapy approaches for patients with dementia 6

Chuda Sergij, Bilyanskiy Oleh, Rokoshevska Wira

Wpływ klinicznych instrumentów obserwacji przy rehabilitacji chorych starszego wieku po udarze mózgu..... 8

Ćwirlej-Sozańska Agnieszka, Wilmowska-Pietruszyńska Anna, Wiśniowska-Szurlej Agnieszka, Sozański Bernard, Kujawa Jolanta

Ocena poziomu niepełnosprawności i czynników ją determinujących u osób w wieku 71-80 lat mieszkających na terenie Polski południowo-wschodniej... 11

Gordinka Mariana, Bilyansky Oleg, Rokoshevskaya Vira

ICF jako strategia wyboru modelu zespołu rehabilitacyjnego. 13

Knap V. Takáč P., Ondová P., Ištoňová M., Schwartzová V., Oravcová K., Mihaľová M.

Schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego u osób starszych – Fizjoterapia17

Kwolek Andrzej

Aktualne podejście do kompleksowego leczenia osób z chorobą Parkinsona .. 19

Pop Teresa, Rusek Wojciech, Adamczyk Marzena, Baran Joanna, Grabarz Monika

Wpływ wybranych czynników demograficznych na równowagę i prędkość chodu u osób starszych..... 21

Przysada Grzegorz, Leszczak Justyna, Podgórska-Bednarz Justyna, Czenczek-Lewandowska Ewelina, Wyszyńska Justyna, Baran Joanna, Weres Aneta, Pop Teresa, Druźbicki Mariusz	
Wybrane czynniki a sprawność funkcjonalna u chorych po udarze mózgu	23
Romanchak Olena, Vovkanych Andriy	
Fizykoterapia osób w podeszłym wieku z zaburzeniem aktywności układu oddechowego	26
Rusek Wojciech, Pop Teresa, Adamczyk Marzena, Baran Joanna	
Ocena efektów terapii z wykorzystaniem funkcjonalnej stymulacji magnetycznej u pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – opis przypadku	27
Takáč Peter, Kubincová Anna, Knap Viliam, Ondová Perla	
Pielęgniarstwo rehabilitacyjne u starszych pacjentów po udarze mózgu	30
Tsizh Liubov	
Opieka w chorobie Alzheimera	32