

METODY FIZJOTERAPEUTYCZNE

KINEZYTERAPIA OGÓLNE

Kinezyterapia to leczenie ruchem. Inne określenia, to gimnastyka lecznicza lub ćwiczenia usprawniające. Stosowanie metod kinezyterapii umożliwia uzyskanie maksymalnej poprawy utraconej funkcji, ułatwia wystąpienie procesów kompensacji, zabezpiecza przed wykształceniem nieprawidłowych stereotypów ruchowych lub przywraca już utracone, przeciwdziała wtórnym zmianom w układzie kostno-mięśniowym w postaci ograniczeń ruchu, zapobiega powikłaniom w układzie krążenia i oddychania, które mogą wynikać z długotrwałego unieruchomienia. Kinezyterapia najczęściej stosowana jest w schorzeniach i dysfunkcjach narządu ruchu, w zespołach bólowych kręgosłupa, po udarach mózgu, po zawale serca, w niektórych chorobach układu oddechowego, w chorobach reumatoidalnych, po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, przed porodem. Kinezyterapia może być stosowana jako podstawowa i jedyna forma leczenia (np. w zachowawczym leczeniu wad postawy) lub jeżeli choroba wymaga leczenia operacyjnego, może być prowadzona zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i po zabiegu. W większości, nawet drobnych urazów narządu ruchu, w których kinezyterapia nie jest podstawową formą leczenia, powinno się ją zastosować po zakończeniu leczenia podstawowego lub równolegle z nim. Kinezyterapię często łączy się z innymi formami leczenia w tym metodami fizjoterapii w celu zwiększenia efektu terapeutycznego.

W ramach zabiegów kinezyterapii w AVI Rehabilitacja oferujemy:

- ćwiczenia bierne,
- ćwiczenia czynno-bierne,
- ćwiczenia czynne,
- ćwiczenia izometryczne,
- ćwiczenia synergistyczne,
- ćwiczenia indywidualne
- metody kinezyterapeutyczne

Metoda PNF

PNF jest koncepcją, w której podstawowym celem terapii jest praca nad funkcją, której chory potrzebuje. Metoda ta zaleca postrzeganie chorego w sposób całościowy, wykorzystując do terapii zdrowe części ciała. Umożliwia to pełne wykorzystanie rezerw tkwiących w organizmie, motywuje do dalszego działania, a co najważniejsze zapewnia bezbolesną pracę. W koncepcji PNF pacjent jest partnerem fizjoterapeuty, określającym zakres i granice działania. Dzięki takiemu podejściu chory nawet z dużą dysfunkcją zachowuje dobrą motywację i jest pozytywnie nastawiony do współpracy z terapeutą.

OMI Cyriax

Dr. J.H. Cyriax (1904-1985)

- Urodził się w Londynie w 1904 roku , "Ojciec Medycyny Ortopedycznej"

- Uczęszczał do University College School Gonville, Caius College Cambridge i St Thomas's Hospital Medical School London
- Lekarzem został w 1929 roku
- Przystąpił do MD(Cantab) w 1938; MRCP w 1954; otrzymał the Heberden Prize w 1943.
- Od 1949 do 1969 konsultant w zakresie Medycyny Ortopedycznej w St. Thomas Hospital Londyn
- Honorowy członek the Chartered Society of Physiotherapy w 1980
- Od 1975: Profesor Medycyny Ortopedycznej na University of Rochester, New York
- Piśmiennictwo:
 - Textbook of Orthopaedic Medicine część I i II ; 1947/ Eight edition in 1982
 - Osteopathy and Manipulation 1949
 - The Slipped Disc 1980
 - Cervical Spondylosis 1971
 - Manipulation Past and Present 1975
 - Illustrated Manual of Orthopaedic Medicine 1983

Poprzez **wywiad i badanie funkcjonalne** uzyskujemy kompletną informację na temat badanego pacjenta. Symptomy i objawy są interpretowane i skatalogowane w formie "wzorców klinicznych". "**Wzorzec kliniczny**" jest szczególnym zachowaniem się zaburzeń lub grup zaburzeń. Dla wszystkich obrazów klinicznych metoda oferuje lokalne, bezpośrednie, sprawne i korzystne ekonomicznie leczenie.

Różnicowanie można przeprowadzić przez szczegółowy wywiad i badanie funkcjonalne, a dokładną lokalizację podrażnionych struktur można poznać przez obecność objawów lokalizujących lub przez palpację. Po dobrej i precyzyjnej diagnozie możliwe jest precyzyjne leczenie, które daje maksimum skuteczności przy minimum terapii.

Dzięki badaniu zaproponowanemu w tej metodzie możemy zróżnicować i zastosować równocześnie dopasowane leczenie dla każdej patologii, m.in.:

- * Zapalenia ścięgien a kaletki
- * Zmiany zwyrodnieniowe a wolne ciała stawowe
- * Zapalenia stawu reumatyczne, a mechaniczne
- * Przepuklinę, a zmiany degeneracyjne w dysku
- * Niestabilność a stenozę lędźwiową
- * i.t.p.

NDT Bobath

Udar mózgu – jest pojęciem określającym każde nagłe wystąpienie mózgowych objawów ogniskowych wywołanych niedostatecznym krążeniem mózgowym powstałym z przyczyn miejscowych lub ogólnych.

Ostatnie lata uświadomiły jak ważne są badania w zakresie chorób naczyniowych mózgu, dzięki którym poszukuje się nowych metod ich leczenia a także zmniejszenia ryzyka ich występowania. WHO, Światowa Organizacja Zdrowia od 1974 roku prowadzi badania nad chorobami układu krążenia, których celem jest zwalczanie najważniejszych czynników ryzyka: zwiększonego stężenia cholesterolu we krwi, palenia tytoniu i nadciśnienia tętniczego.

Przeprowadzone analizy wskazują, że problem leczenia, rehabilitacji powinien stać się kluczowym przedmiotem znalezienia sposobów opóźniania lub zapobiegania rozwojowi inwalidztwa poudarowego. Należy dążyć do poszukiwania metod rehabilitacji, które będą uwzględniać pielęgnację, opiekę prewencyjną, będą podnosić jakość życia pacjenta. Należy pamiętać, że udar mózgu to nie tylko zaburzenia ruchowe, ale również zaburzenia o charakterze poznawczym - percepcja, sensoryka, zaburzenia mowy, problemy z połykaniem. W wielu przypadkach prowadząc proces rehabilitacji zapomina się o tych objawach. Polly Laidler bardzo odważnie pisze, że: „większość przewlekłych niedołążeń związanych z udarem jest nabyta w wyniku tradycyjnego postępowania i doktrynalnych technik (np. arbitralne przyjmowanie założeń teoretycznych, bez względu na ich wykonalność lub skutki)”. Trudno się nie zgodzić z tą opinią przyglądając się na system oddziaływań, jaki stosowany jest w stosunku pacjenta udarowego przez lekarzy, pielęgniarki, dietetyczki, fizjoterapeutów oraz nieświadomioną rodzinę. To właśnie ta grupa osób łącznie z logopedą i psychologiem powinna tworzyć grupę wzajemnie wspierającą się w dążeniu do zapobiegania rozwojowi, nie zawsze nieuchronnego, wymagającego stałej opieki inwalidztwa po incydencie udarowym. Na świecie od wielu lat stosowana jest z dużym powodzeniem koncepcja pracy opracowana w latach czterdziestych nazwana **NDT – Bobath**. Twórcami tej koncepcji byli dr Berta i Karel Bobath Czesi mieszkający w Londynie. Jest to koncepcja neurorozwojowa, a bazą do jej stosowania jest doskonała znajomość rozwoju neurofizjologicznego człowieka.

Berta i Karel Bobath swoją metodę opracowali po szczegółowej analizie terapii dzieci z porażeniem mózgowym. Karel, neurofizjolog zaobserwował, iż fizjologiczny rozwój motorycznych wzorców ruchowych dziecka jest zdeterminowany, co może spowodować pewne nieprawidłowości rozwojowe. Dlatego też zaczęto tak prowadzić terapie, aby zbliżyć się poprzez torowanie nerwowo-mięśniowe do normalnego fizjologicznego rozwoju. Koncepcja z upływem czasu się rozwijała, a największe zastosowanie znalazła w przypadku rehabilitacji dzieci z porażeniem mózgowym. Po kilku latach uznano, że metoda ta odpowiednio opracowana i zróżnicowana może być z powodzeniem zastosowana u dorosłych z neurogennymi zaburzeniami ruchu o charakterze zapalnym, zwyrodnieniowym czy urazowym. Największe zastosowanie znalazła jednak w przypadku rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu. Koncepcja NDT Bobath to badanie i terapia pacjentów z zaburzeniami CUN rozwiązująca problemy i zaburzenia funkcji, ruchu i tonusu mięśniowego. W koncepcji szczególny nacisk położony jest na normalizację napięcia mięśniowego. W koncepcji Bobath uwagę zwraca się na konieczność prawidłowych zgodnych z fizjologią oddziaływań od samego początku choroby. Już na oddziale intensywnej terapii wszystkie oddziaływania lekarskie, pielęgniarskie oraz fizjoterapeutyczne muszą być wykonywane tak, aby nie utrwałać patologii. Odpowiednie pozycje ułożeniowe, organizacja sali chorych, pielęgnacja pacjenta muszą być wykonywane zgodnie z zasadami koncepcji Bobath. Jest to bardzo ważne, ponieważ badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) przedstawiają, iż prawie 70 % zespołów bolesnego barku w udarach mózgowych powstaje na wskutek nieprawidłowej pielęgnacji. Także we wczesnej fazie po udarze możemy obserwować narastanie tonusu mięśniowego w kierunku, hipertonusu (spastyczność). Nieprawidłowe zachowania w czasie pielęgnacji, badania czy procesie fizjoterapeutycznym w tym okresie mogą utrzymywać patologię, z którą w późniejszym okresie trudno będzie walczyć. Dlatego też w tym momencie bardzo ważne jest torowanie pozytywnych wzorców postawnych i ruchowych, wykorzystując różnorodne wypróbowane zasady należące do koncepcji NDT.

Koncepcja Bobath zakłada współpracę teamu, który jest złożony z osób z najbliższego otoczenia pacjenta, lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, logopedy, psychologa a także ergoterapeuty. Działanie Teamu pozwala na stosowanie prawidłowych oddziaływań przez całą dobę. Dzięki temu pacjent może być usprawniany jako cały człowiek. Rodzina jest informowana, w jaki sposób należy postępować z pacjentem w czasie odwiedzin w szpitalu czy w sytuacjach dnia codziennego w domu. Należy pamiętać, że nawet najlepsza metoda usprawniania, choć stosowana dwa razy dziennie po godzinie nie jest w stanie wygrać z dziesięciogodzinnym trybem utrwalania patologii w dniu codziennym. Dlatego w okresie po wyjściu pacjenta ze szpitala, tak ważna jest rola rodziny oraz osób przebywających z pacjentem. Terapeuci koncepcji NDT Bobath posiadają wiedzę, która pozwala bardzo dobrze analizować normalny fizjologiczny ruch człowieka. Muszą znać podstawy anatomii i neurofizjologii a także znać rozwój neurofizjologiczny dzieci. Pracując nad normalizacją napięcia mięśniowego bardzo ważna jest wiedza neurofizjologiczna, pewne umiejętności techniczne oraz zdolność wczuwania się w sytuację ruchową (empatia). Koncepcja NDT Bobath przy normalizacji napięcia mięśniowego, zwraca uwagę na konieczność stosowania pracy nonwerbalnej (bez stymulacji głosowej). Nonwerbalne poruszanie pacjenta to bardzo duża umiejętność terapeutyczna. W terapii NDT Bobath uczymy jak poruszać, jak pielęgnować, jak karmić i jak postępować z pacjentem, który doznał uszkodzenia w CUN. Jest koncepcją, która nie określa sztywnych ram terapii i jest podatna na ciągłe polepszanie i modyfikowanie oddziaływań tak, aby osiągać zadawalający dla pacjenta efekt.

Kinesio-Taping

Kinesio Taping jest metodą terapeutyczną stosowaną od 30 lat w leczeniu schorzeń ortopedycznych, neurologicznych i chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Istotą jest ocena patologii w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego, a następnie zastosowanie specjalnej taśmy i techniki aplikacji. Ma to zastosowanie w rehabilitacji bólu przewlekłego, drenażu, stanach zapalnych, osłabienia siły mięśniowej, deformacji stawowych i innych schorzeń obejmujących mięśnie szyi, tułowia oraz kończyn.

Metoda McKenzie

Ból kręgosłupa w naszym społeczeństwie, jak i na świecie, staje się problemem masowym. Określenia: "dyskopatia", "choroba dyskowa", "zwyrodnienie kręgosłupa", "rwa kulszowa", "rwa ramienna", czy wreszcie nieśmiertelne "zapalenie korzonków" – są używane często nieprawidłowo. Stosowane zamiennie, mogą stać się źródłem nieporozumień, a przy tym stwarzają mylne wrażenie licznych chorób, obecnych u tego samego pacjenta, a przecież nie zawsze odpowiada to prawdzie.

Mimo takiej mnogości rozpoznań leczenie "pierwszego rzutu" zazwyczaj bywa podobne. Zestawy witamin i leków przeciwzapalnych w różnych postaciach – tabletki, czopki, maści, zastrzyki – o identycznym działaniu, pomimo różnych nazw. Czasem, gdy kilkakrotnie powtarzane serie leczenia nie odnoszą skutku – fizykoterapia, która również często zawodzi, nie dając nic poza przejściową ulgą. Wyciągi, masaże, różnorodne zestawy ćwiczeń wzmacniających mięśnie tułowia – równie często okazują się nieskuteczne. Czasami zdarza się, że chorzy czują się po nich gorzej, zwłaszcza po bezkrytycznie zalecanych przez starszych fizjoterapeutów ćwiczeniach wzmacniających mięśnie brzucha, wykonywanych w pozycjach zgięcia tułowia. Ponadto większość z wymienionych sposobów leczenia zakłada, że pacjent biernie poddaje się leczeniu, co zwiększa tylko jego zależność od

terapeuty, jego bezradność i poczucie ciężkiej choroby. Zupełnie odmienne podejście do problemu zespołów bólowych prezentuje metoda, której autorem jest Robin McKenzie. Jest to obecnie jeden z najpopularniejszych sposobów leczenia tych dolegliwości w krajach Europy Zachodniej, USA oraz Nowej Zelandii, gdzie mieszka i pracuje autor metody. Jest jedną z nowoczesnych metod fizjoterapii narządu ruchu: pierwsze publikacje, prezentujące założenia metody ukazały się w 1981 roku, lecz cała metoda to rezultat przeszło 30 letniej pracy i obserwacji klinicznych autora.

Metoda ta stosowana jest w dolegliwościach bólowych kręgosłupa powstałych na skutek urazu lub zespołów przeciążeniowych. Stosujemy ją również w terapii bólu pojawiającego się w przebiegu zmian zwyrodnieniowych. Metoda McKenzie ma na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie dolegliwości bólowych i składa się z dwóch faz:

- diagnostyki dokonywanej polegającej na identyfikacji struktur generującej ból na podstawie analizę biomechaniczną ruchu
- terapii polegającej na ćwiczeniach dobranych na podstawie badania pacjenta oraz oddziaływaniach manualnych i pracy nad systemem kontroli posturalnej.

Celem metody McKenzie jest przywrócenie możliwie pełnej funkcji zaburzonym strukturom, a także zabezpieczenie pacjenta przed kolejnym pojawieniem się problemu bólowego. Przy właściwie dobranym programie terapii, metoda ta pozwala na redukcję objawów oraz samodzielne radzenie sobie z bólem.

Metoda McKenzie, zarówno pod względem diagnostycznym jak i terapeutycznym znakomicie uzupełnia się w leczeniu pacjentów bólowych z innymi metodami takimi jak PNF i Terapia Manualna.

Terapia Manualna wg Kaltenborn- Evjenth

Funkcjonalna fizjoterapia dorosłych chorych po ogniskowych uszkodzeniach mózgu

Ortopedyczna Terapia Manualna wg Kaltenborn- Evjenth

- UEX- Badanie i leczenie kończyny dolnej. Techniki podstawowe
- OEX- Badanie i leczenie kończyny górnej. Techniki podstawowe
- UWS- Badanie i leczenie miednicy oraz dolnej części kręgosłupa. Techniki podstawowe
- OWS- Badanie i leczenie górnej części kręgosłupa. Techniki podstawowe
- AEX1- Badanie i leczenie kończyny dolnej. Techniki zaawansowane i rozciąganie mięśni.

PILATES I FITNESS:

- trening Pilates grupowy na poziomie podstawowym i średniozaawansowanym
- trening Pilates indywidualny dostosowany do możliwości i potrzeb pacjenta
- trening Pilates EQUIPMENT z wykorzystaniem piłek redondo i taśm Thera-Band
- zajęcia "zdrowy kręgosłup" podczas, których wzmacniamy mięśnie głębokie, przykręgosłupowe, tworzące naturalny gorset zabezpieczający przed urazami i dolegliwościami

bólowymi kręgosłupa.

Trening fitness grupowy z zakresu :

- BS- body shape ; body sculp
- ABT- Abdominals buttocs thighs {biodra brzuch pośladki)
- TBC- Total Body Condition (wzmacniające ogólną wytrzymałość , wydolność i siłę całego ciała)
- Body Ball - zajęcia z dużymi piłkami dzięki którym możemy w bezpieczny sposób wzmocnić , wyrzeźbić ciało nie narażając się na kontuzję stawów czy kręgosłupa
- Body and Mind – połączenie elementów Pilates , zdrowego kręgosłupa, stretchu z pracą izometryczną mięśni ,
- Flex and Tone – trening wzmacniający przez pracę mięśni kontrolowaną oporem taśmy

Trening indywidualny dobrany zgodnie z racjonalnie obranym celem klienta (ćw. cardio , wzmacniające z wykorzystaniem sprzętu :piłki ,hantle, taśmy , siłowego typu atlas, zakończony ćwiczeniami rozciągającymi.

Trening sportowy – na lądzie jak i w wodzie w celu poprawy szybkości, gibkości zawodników - dobór odpowiedniej suplementacji i diety.