



# Współpraca dietetyka i fizjoterapeuty

## Opis przypadków

Od pewnego czasu coraz bardziej popularny jest trend prowadzenia pacjenta przez cały zespół terapeutyczny. W skład takiego zespołu najczęściej wchodzi: lekarz, psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta, pielęgniarka i – w zależności od potrzeby – specjaliści z innych dziedzin. W artykule postaramy się odpowiedzieć na pytania: jaka jest rola fizjoterapeuty, czy warto rozwijać współpracę na linii dietetyk – fizjoterapeuta oraz kiedy należy skierować pacjenta do specjalisty fizjoterapii i jakie korzyści dla pacjenta mogą wynikać z tej współpracy.

**N**a wstępie warto zastanowić się nad tym, kim jest fizjoterapeuta. Najczęściej zawód fizjoterapeuty kojarzony jest wyłącznie z wykonywaniem masażu. Jednak masaż jest tylko jedną z technik pracy z pacjentem, jaką fizjoterapeuta posługuje się w swojej pracy. Przyjmuje się, że fizjoterapia obejmuje trzy składowe: fizykoterapię, masaż oraz kinezyterapię.

Fizykoterapia – to dziedzina medycyny fizycznej, w której na organizm oddziałuje się różnymi bodźcami fizycznymi pobieranymi z natury lub wytwarzanymi za pomocą specjalnych urządzeń. Do zabiegów

fizykoterapeutycznych zalicza się np.: ciepłolecznictwo, światłolecznictwo, elektroterapię, ultradźwięki, wodolecznictwo i inne.

Masaż jest wykonywany głównie dłońmi i polega na wywieraniu odpowiedniego ucisku na tkanki. Masażysta wykorzystuje określone ruchy w określonym tempie i z odpowiednią siłą, zgodnie z przebiegiem mięśni oraz tkanek – od ich obwodu do serca.

Dział, który omówimy najszerzej, to kinezyterapia. Z greckiego *kinesis* oznacza ruch. Kinezyterapia jest to więc leczenie ruchem lub gimnastyka lecznicza. Aktywność fizyczna staje się środkiem leczniczym mającym

wpływ na cały organizm. Chcąc zakwalifikować pacjenta do kinezyterapii, fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie pacjenta obejmujące: wywiad, pomiary liniowe długości i obwodów, badanie zakresu ruchu w stawach, ocenę siły mięśniowej, ocenę wydolności ogólnej, badanie czynnościowe, badanie odruchów neurologicznych oraz inne. Kinezyterapia obejmuje zabiegi o działaniu miejscowym i ogólnousprawniającym oraz metody kinezyterapeutyczne. Fizjoterapeuci pracują najczęściej w określonych dziedzinach. Najczęściej są to: rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, pulmonologiczna, ortopedyczna, pediatryczna i inne.

W niniejszym artykule skupimy się na współpracy dietetyka z fizjoterapeutą wyspecjalizowanym w zakresie metod kinezyterapeutycznych (terapia manualna oraz medyczny trening terapeutyczny), pracującym głównie z pacjentami z zaburzeniami ortopedycznymi. Najogólniejszym wskazaniem do wizyty u fizjoterapeuty jest choroba pochodząca z narządu ruchu. Jej głównym objawem jest ból wywołany podczas ruchu. Dietetyk rozpoczynając pracę z osobą otyłą i sugerując jej zwiększenie aktywności fizycznej, powinien dowiedzieć się, czy pacjent korzystał wcześniej z pomocy lekarza ortopedy. Zdiagnozowana jednostka chorobowa pochodząca z narządu ruchu stanowi wskazanie do skierowania tego pacjenta do specjalisty – fizjoterapeuty.

Nieodłącznym elementem zmiany stylu życia, obok modyfikacji diety, powinno być włączenie aktywności fizycznej. Jednak jak się ruszać, skoro ruch powoduje ból? Ból podczas ruchu jest podstawowym aspektem zniechęcającym pacjenta do aktywności fizycznej. Rolą fizjoterapeuty jest zmniejszyć ten ból dzięki specjalnym technikom leczniczym. Oddziaływanie może być różnorakie (fizykoterapia, masaż, kinezyterapia).

Jeśli chodzi o rehabilitację narządu ruchu, bardzo skuteczną metodą jest terapia manualna, która polega na badaniu i leczeniu odwracalnych zaburzeń funkcji narządu ruchu, w tym kręgosłupa i stawów obwodowych. Po dokonaniu wywiadu terapeuta przystępuje do badania jakości ruchu, jego zakresów oraz bolesności. Terapeuta stosuje specjalne techniki mobilizacji, manipulacji, trakcji, rozciągania mięśni czy masażu poprzecznego. Praca ta przywraca organizmowi fizjologię w zakresie ruchomości stawów oraz zmniejsza dolegliwości bólowe. Po przywróceniu zakresu ruchu oraz zmniejszeniu bólu fizjoterapeuta może przystąpić do pracy z pacjentem na zasadach medycznego treningu terapeutycznego. W skrócie, są to odpowiednio dobrane do danej jednostki chorobowej ćwiczenia, które służą utrwaleniu terapii.

## KIEDY NALEŻY SKIEROWAĆ PACJENTA DO FIZJOTERAPEUTY

Nie zapominajmy, że fizjoterapeuci są specjalistami od zdrowego i dobrze dawkowanego ruchu. I w tym obszarze kształtuje się największa możliwość do współpracy z dietetykiem. Dietetyk uczy pacjenta, jak zmodyfikować nawyki żywieniowe, a fizjoterapeuta uczy pacjenta, jak zmodyfikować nawyki ruchowe. Najważniejsze, aby poprowadzić pacjenta stopniowo do zwiększania aktywności ruchowej. Bardzo dużo

Pacjent poradni dietetycznej najczęściej był już wcześniej u lekarza ortopedy, który zdiagnozował daną jednostkę chorobową – warto o to zapytać przed zaplanowaniem dalszych działań.

”



Zdjęcia 1–4. Postępy pacjenta podczas redukcji masy ciała przy umiarkowanej aktywności fizycznej.

# współczesna dietetyka

PRAKTYCZNE CZASOPISMO  
SPECJALISTYCZNE DLA DIETETYKÓW  
I PROFESJONALISTÓW ŻYWIENIA

[www.wspolczesnadietetyka.pl](http://www.wspolczesnadietetyka.pl)

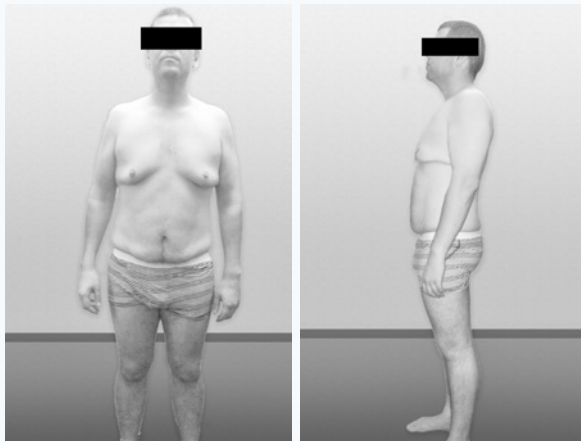


Zniżka dla zaków

61 671 21 00



[facebook.com/WspolczesnaDietetyka](https://facebook.com/WspolczesnaDietetyka)



Zdjęcia 5–6. Postępy pacjenta podczas redukcji masy ciała po zwiększeniu aktywności fizycznej.

osób od razu chce intensywnie uprawiać sport. Przykładowo, osoba (najczęściej z nadwagą lub co gorsza z otyłością) siedząca parę lat za biurkiem postanawia nagle, że od jutra zaczyna biegać codziennie dystans dziesięciu kilometrów. Czasami do fizjoterapeuty przychodzą pacjenci z takimi postanowieniami i po realizacji pierwszego biegu. Po tak nierozważnym rozpoczęciu ćwiczeń zdarzają się zwykłe naciągnięcia mięśni, ale i poważniejsze urazy, np. skręcenie stawu. Rolą terapeuty jest przygotowanie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej, a przede wszystkim przeprowadzenie odpowiedniego rozruchu ciała oraz nauczanie etapowości i stopniowania wysiłku fizycznego. Zdarza się, że pierwszy bieg na dystansie 10 km jest wskazany

po upływie 4 miesięcy. Ważnym elementem terapii jest stały kontakt dietetyk – fizjoterapeuta, szczególnie przy ustalaniu, ile czasu tygodniowo oraz z jaką intensywnością pacjent może ćwiczyć, co ma istotne znaczenie w dostosowaniu odpowiedniej kaloryczności diety.

Dietetyk podczas wizyty powinien zadać pacjentowi następujące podstawowe pytania: Czy występują jakieś zdiagnozowane choroby narządu ruchu? Czy podczas ruchu występuje ból? Jeśli choć na jedno z tych pytań padnie odpowiedź twierdząca, warto takiego pacjenta skontaktować z lekarzem fizjoterapeutą.

Najczęściej dietetyk może skierować do fizjoterapeuty pacjentów ze zdiagnozowanymi zmianami chorobowymi, takimi jak: zmiany zwyrodnieniowe, stany po urazach (skręcenia, zwichnięcia i złamania), ból kręgosłupa – najczęściej problem z krążkiem międzykręgowym

(słynne „wypadł mi dysk”) oraz przewlekłe podwyższone napięcie mięśni wywołane długo utrzymującym się stresem albo złą pozycją siedzącą przy komputerze.

Współpraca dietetyk – fizjoterapeuta wydaje się mieć bardzo obiecującą przyszłość. Pozwala uniknąć konsekwencji niewłaściwie wprowadzonej aktywności fizycznej, poprzedzić zaplanowanie dalszych działań odpowiednią diagnozą, nie tylko dietetyczną, ale i fizjoterapeutyczną, poprawić rezultaty. Pacjenci bardzo doceniają to, że tworząc zespół terapeutyczny, specjaliści potrafią spojrzeć całościowo na problem zdrowotny pacjenta, udzielić znacznie szerszej pomocy, dzięki czemu uzyskuje się znacznie lepsze efekty, ku satysfakcji specjalistów i pacjentów.

## STUDIUM przypadku

### Pacjent 1.

70 lat, z cukrzycą typu II, nadciśnieniem tętniczym, stan po częściowej resekcji tarczycy, zgłosił się do dietetyka w celu redukcji masy ciała o 7 kg (skierowany przez diabetologa). Z pomiaru składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej (Maltron BioScan 920)

wynikało, że wartość poziomu tkanki tłuszczowej wynosi 6 kg powyżej maksymalnej dopuszczalnej wartości, pacjent ma niską masę mineralną oraz podwyższoną proporcję wody pozakomórkowej do wewnątrzkomórkowej (ECW/ICW).

Pacjent otrzymał wskazówki do modyfikacji zachowań żywieniowych, następnie indywidualną dietę niskoenergetyczną, zlecono wizyty kontrolne z pomiarem składu ciała 2 x w miesiącu w odstępach dwutygodniowych oraz został skierowany na konsultację fizjoterapeutyczną z powodu bólu lewego biodra. W wywiadzie pacjent zgłaszał bóle rozruchowe po wstaniu oraz ból podczas chodzenia. W badaniu zakresu ruchu występowało ograniczenie ruchomości stawu biodrowego lewego. W opisie zdjęcia rentgenowskiego lekarz przedstawił zmiany zwyrodnieniowe stawu. Terapia fizjoterapeutyczna obejmowała przede wszystkim przywrócenie ruchomości stawu biodrowego oraz odzyskanie bezbolesnego obciążania. Wykonano 10 sesji fizjoterapii. Przez pierwsze 3 tygodnie wizyty pacjenta odbywały się dwa razy w tygodniu, przez następne 4 tygodnie – jeden raz w tygodniu. Cele terapii udało się uzyskać, dzięki czemu pacjent może wykonywać marsze. Pacjent otrzymał zestaw ćwiczeń do codziennego wykonywania w domu. Polegały one głównie na rozciąganiu mięśni, które ograniczają ruch odwodzenia i wyprostu w stawie biodrowym. Po terapii fizjoterapeuta zalecił pacjentowi codzienne marsze trwające około 30 minut (do godziny) z takim natężeniem, które nie spowoduje bólu biodra. Chodzenie zostało zalecone jako forma treningu alternatywna do pływania oraz rowerka stacjonarnego. Po zakończeniu terapii dietetycznej i fizjoterapeutycznej, dzięki której pacjent mógł wdrożyć dodatkową aktywność fizyczną, udało się zredukować masę ciała o 7,4 kg (w tym 6,8 tkanki tłuszczowej) w ciągu 3 miesięcy (dotychczasowe samodzielne próby redukcji masy ciała przez pacjenta były nieefektywne). Udało się wyrównać proporcje wody pozakomórkowej do wewnątrzkomórkowej

(ECW/ICW = 41,7/58,3) oraz poprawić stan odżywienia pacjenta.

#### Pacjent 2.

*Do fizjoterapeuty zgłosił się z powodu bólu obydwu podudzi. Został skierowany na konsultację przez dietetyka. Pacjent przez wiele lat zmagał się z otyłością. Jego masa ciała w momencie pierwszego pomiaru wynosiła 135 kg, a BMI było równe 42,6 kg/m<sup>2</sup>. Po osiągnięciu przez pacjenta masy ciała poniżej 100 kg pacjent wprowadził dodatkową aktywność ruchową. Początkowo pacjent zwiększył ilość czasu poświęconego na marsz, po czym zaczął trenować marszobieg, stopniowo przechodząc do truchtu i biegu. Ostatecznie jego masa ciała wyniosła 89 kg, a BMI było równe 28,1 kg/m<sup>2</sup> po ponad roku redukcji masy ciała. Pacjent samodzielnie i stopniowo zwiększał ilość pokonywanych dystansów. Niestety narząd ruchu nie był jeszcze wystarczająco przygotowany do takiego obciążenia. Ból występował szczególnie podczas i po bieganiu.*

W badaniu okazało się, że mięśnie podudzia są skrócone (mięsień płaszczkowaty i dwugłowy łydki) oraz bolesny jest mięsień płaszczkowaty. Celem terapii było zniesienie bólu podczas i po bieganiu. Pacjent odbył 10 sesji fizjoterapii. Przez pierwsze 3 tygodnie pacjent przychodził na wizyty dwa razy w tygodniu, przez następne 4 tygodnie – jeden raz w tygodniu. Zastosowano terapię manualną oraz przede wszystkim naukę prawidłowego rozciągania przykurczonych mięśni. Cele terapii osiągnięto, dzięki czemu pacjent może biegać. Zalecono ćwiczenia do domu. Ćwiczenia polegały na codziennym rozciąganiu (po bieganiu) mięśnia płaszczkowatego i dwugłowego łydki.



#### mgr Zygmunt Bartosiewicz

Fizjoterapeuta, certyfikowany terapeuta manualny i trener personalny, wykładowca akademicki AWF w Warszawie, twórca Kliniki Fizjoterapii, [www.klinikafizjoterapii.com](http://www.klinikafizjoterapii.com)



#### mgr Sylwia Leszczyńska

Dietetyk kliniczny, psychodietetyk, właścicielka Instytutu Zdrowego Żywienia i Dietetyki Klinicznej „Sanvita”, [www.instyutsanvita.pl](http://www.instyutsanvita.pl)



#### mgr Klaudia Wiśniewska

Dietetyk kliniczny, absolwentka WUM, współpracownik Instytutu Zdrowego Żywienia i Dietetyki Klinicznej „Sanvita”. Autorka publikacji naukowych i popularnych.

#### Bibliografia:

1. Zembaty A. (red), Kinezyterapia. Tom 1 i 2, Wydawnictwo Kasper, 2002.
2. Milanowska K., Dega W (red.), Rehabilitacja Medyczna, Wydanie czwarte, PZWL, 2003.
3. Mika T., Kasprzak W., Fizykoterapia, PZWL, 2001.

Życie bez mięsa wciąż zyskuje swoich zwolenników. Istnieje wiele form wegetarianizmu począwszy od najmniej restrykcyjnej semiwegetarianizmu do frutarianizmu dopuszczającego jedynie spożywanie pokarmów roślinnych, którego pozyskanie nie wymaga „zabicia” rośliny. Jakie wegetarianizm niesie korzyści a jakie zagrożenia? I czy jest możliwe stosowanie diety wegetariańskiej w sporcie bez wpływu na pogorszenie wyników? Jak postępować w planowaniu diet wegetariańskich? O tym już w najbliższym numerze.

## Wegetarianizm w sporcie – pokrycie zapotrzebowania na składniki odżywcze i wpływ na potencjał sportowy

## Menu wegetariańskie dla sportowca

## Wegetarianizm w sporcie



Oraz

- **Pacjent z insulinoopornością. Najważniejsze zagadnienia dietoterapeutyczne**  
DIETA W CUKRZICY
- **Postępowanie dietetyczne w dekompensacji metabolicznej w acydurii propionowej. Analiza przypadków**  
RZADKIE SCHORZENIA METABOLICZNE
- **Rola emocji w jedzeniu**  
PSYCHODIETETYKA
- **Niedokrwistość z niedoboru żelaza u dzieci**  
DIETETYKA DZIECIĘCA
- **Genetyczna diagnostyka celiakii**  
NUTRIGENETYKA
- **Rola diety w autyzmie. Analiza aktualnych danych**  
Z GABINETU DIETETYKA