

1. Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej

Motto:

„Rehabilitacja powinna być integralną częścią postępowania dla każdego chorego na serce”

(World Health Organization, 1993)

1.1. Wstęp

W ostatnich 10 latach zrewolucjonizowano diagnostykę i terapię większości najczęściej występujących chorób układu krążenia. W dobie fascynacji kardiologią interwencyjną i postępami w zakresie farmakoterapii, za których sukcesami kryją się ogromne nakłady finansowe przeznaczone na badania naukowe, nie zawsze dostrzega się, że rehabilitacja kardiologiczna także jest dziedziną z dorobkiem naukowym pozwalającym na zredagowanie zasad postępowania, które byłyby powszechnie akceptowane.

Ostatnie skorygowane stanowisko Grupy Roboczej Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) ukazało się w 1992 r., wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w 1993 r., stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA, *American Heart Society*) w 1994 r., a Amerykańskiego Towarzystwa Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej (AACVPR, *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation*) w 1999 r. Aktualne, uproszczone elementy zaleceń rehabilitacyjnych można znaleźć jedynie w opracowaniach ESC i AHA, omawiających wybrane jednostki chorobowe oraz w stanowiskach ESC i AHA/AACVPR, dotyczących znaczenia rehabilitacji kardiologicznej we wtórnej prewencji.

Na spotkaniach Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego postulowano usystematyzowanie wiedzy w tym zakresie. Zarząd Główny PTK powołał Komisję w celu opracowania odpowiednich standardów.

W opracowaniu wykorzystano ponad 50-letni dorobek specjalistów polskiej rehabilitacji kardiologicznej oraz wyniki aktualnych badań, prezentowane w światowym piśmiennictwie.

1.2. Definicja rehabilitacji kardiologicznej

Według WHO „rehabilitacja jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności”.

W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówi się o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK).

Stałymi elementami KRK są:

- ocena stanu klinicznego chorego;
 - optymalizacja leczenia farmakologicznego;
 - rehabilitacja fizyczna — stopniowe i kontrolowane podejmowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego;
 - rehabilitacja psychospołeczna — mająca na celu nauczenie chorego radzenia sobie w sytuacjach stresorodnych, stanach emocjonalnych, takich jak lęk i/lub depresja, akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby;
 - diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca;
 - modyfikacja stylu życia;
 - edukacja pacjentów i ich rodzin;
 - monitorowanie efektów KRK;
- Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna to proces, który należy:
- wdrażać bezzwłocznie;
 - kontynuować w sposób ciągły;
 - prowadzić wieloetapowo;
 - dostosować do indywidualnych potrzeb chorego w zależności od jego stanu klinicznego;
 - prowadzić w sposób akceptowany przez pacjenta i jego otoczenie.

1.3. Etapy rehabilitacji kardiologicznej

W trakcie realizacji KRK wyróżnia się okres wczesnej rehabilitacji (etap I i II) oraz okres późnej rehabilitacji (etap III).

Etap I

Pierwszy etap obejmuje rehabilitację szpitalną na oddziale intensywnej opieki medycznej, oddziale pooperacyjnym, oddziale kardiologii, chorób wewnętrznych lub rehabilitacji kardiologicznej. Etap ten kończy się, gdy stan kliniczny chorego umożliwia wypisanie go do domu.

Podstawowym celem I etapu rehabilitacji jest jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności codziennych oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia.

Etap ten powinna zakończyć próba wysiłkowa, służąca określeniu zasad rehabilitacji w II etapie lub kwalifikacji do dalszej diagnostyki i leczenia (nie dotyczy to pacjentów, u których istnieją bezwzględne przeciwwskazania do wykonania badania wysiłkowego).

Etap II

Drugi etap rehabilitacji można przeprowadzić w szpitalu, ambulatorium lub domu.

Rehabilitacja szpitalna

Jest realizowana w warunkach stacjonarnych na oddziałach rehabilitacji kardiologicznej lub w szpitalach uzdrowiskowych rehabilitacji kardiologicznej.

Stacjonarna forma II etapu rehabilitacji jest konieczna u osób z wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, z poważnymi chorobami współistniejącymi, u pacjentów mieszkających w złych warunkach socjalnych i małych odległych miejscowościach.

Rehabilitacja ambulatoryjna wczesna

Prowadzą ją poradnie lub zakłady rehabilitacji kardiologicznej (pożądane zaplecze szpitalne).

Forma ta może być wykorzystana szczególnie u pacjentów młodszych, z dużych ośrodków miejskich, z niepowikłanym przebiegiem I etapu rehabilitacji; może być także kontynuacją formy stacjonarnej — u chorych, u których okres wczesnej rehabilitacji stacjonarnej okazał się niewystarczający.

Rehabilitacja wczesna w warunkach domowych

Jest prowadzona pod nadzorem poradni rehabilitacji kardiologicznej, poradni kardiologicznej lub przez lekarza rodzinnego przeszkolonego w rehabilitacji kardiologicznej.

Czas trwania II etapu rehabilitacji powinien wynosić 4–12 tygodni.

Etap III

Etap ten obejmuje późną rehabilitację ambulatoryjną, której celem jest poprawa tolerancji wysiłku, podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby. Etap III powinien trwać do końca życia.

Może on być organizowany przez poradnie rehabilitacji kardiologicznej, poradnie kardiologiczne lub lekarzy rodzinnych przeszkolonych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.

1.4. Efekty rehabilitacji kardiologicznej

Pozytywne efekty KRK to:

- modyfikacja czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca;
- zwiększenie aktywności fizycznej;
- zaprzestanie palenia tytoniu;
- obniżenie wartości ciśnienia tętniczego;
- zmniejszenie masy ciała;
- poprawa profilu lipidowego;
- poprawa metabolizmu węglowodanów;
- zmniejszenie insulinooporności;
- poprawa czynności śródbłonna;
- zahamowanie rozwoju, a nawet regresja miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji;
- poprawa wydolności układu krążeniowo-oddechowego;
- poprawa wydolności narządu ruchu;
- poprawa sprawności psychofizycznej;
- mobilizacja pacjenta do współpracy w procesie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Niniejsze skutki umożliwiają zmniejszenie śmiertelności z powodu ostrych incydentów sercowych, opóźnienie rozwoju choroby, skrócenie czasu leczenia po ostrych incydentach sercowych i zastrzeniach, co umożliwia realizację dwóch podstawowych celów postępowania lekarskiego, którymi są: poprawa jakości życia oraz wydłużenie życia.

Piśmiennictwo

- Ades P.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345: 892–902.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. Wyd. 3. Champaign, IL. Human Kinetics Publishers; 1999.
- Balady G.J., Ades P.A., Comoss P. i wsp. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals

- from the American Heart association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2000; 102: 1069–1073.
- Cobelli F., Tavazzi L. Relative role of ambulatory and residential rehabilitation. *J. Cardiovasc. Risk* 1996; 3: 172–175.
- Dylewicz P., Borowicz-Bieńkowska S., Deskur-Śmielecka E., Przywarska I. Cardiac rehabilitation. W: Kirch W. (red.). *Public health in Europe*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 2003: 219–225.
- Dylewicz P., Przywarska I., Borowicz-Bieńkowska S. Zasady rehabilitacji pozawałowej. W: Opolski G., Filipiak K.J., Poloński L. (red.). *Ostre zespoły wieńcowe*. Urban & Partner, Wrocław 2002: 466–471.
- Giannuzzi P., Saner H., Björnstad P. i wsp. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 1273–1278.
- Joliffe J.A., Rees K., Taylor R.S. i wsp. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Library*, Oxford 2001.
- Lear S.A., Ignaszewski A. Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. *Curr. Control. Trials Cardiovasc. Med.* 2001; 2: 221–232.
- O'Connor G.T., Buring J.E., Yusuf S. i wsp. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80: 234–244.
- Oldridge N.B., Guyatt G.H., Fischer M.E. i wsp. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials *JAMA* 1988; 260: 945–950.
- Recommendations by the Working Group on Cardiac Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Long-term comprehensive care of cardiac patients. *Eur. Heart J.* 1992; 13 (supl. C): 1C–45C.
- Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca. W: Kwolek A. (red.). *Rehabilitacja medyczna. T. II*. Urban & Partner, Wrocław 2003: 309–338.
- Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. i wsp. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am. J. Med.* 2004; 116: 682–692.
- Wenger N.K., Smith L.K., Froelicher E.S., Comoss P. Cardiac rehabilitation. A guide to practice in the 21st century. Marcel Dekker, Inc., New York, Basel 1999.
- World Health Organization Expert Committee on Rehabilitation after Cardiovascular Diseases, with Special Emphasis on Developing Countries. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO expert committee. WHO, Geneva World Health Organ Tech. Rep. Ser. 1993; 831: 1–122.