

Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna – czy można poprawić jej skuteczność?

dr n. med. Krzysztof Makowiecki, prof. nadzw. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



W doniesieniach polskich i zagranicznych podnosi się, że chociaż szpitalna rehabilitacja kardiologiczna (SRK) dotyczy znacznego odsetka chorych po ostrych zespołach wieńcowych (ACS), to jednak ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej (ARK) podlega znacząco mniej chorych. Dane polskie (POLCARD) wykazują dwukrotnie mniejszą frekwencję w ARK w porównaniu z krajami zachodnimi [1–3]. Co gorsza, frekwencja w ARK spadła w Polsce o 50% w ostatnim 5-leciu. Uważa się, że krótkoterminowa rehabilitacja w warunkach stacjonarnych nie daje wystarczająco dobrych efektów odległych [4–6], dlatego czynione

są starania, aby podnieść skuteczność ARK. Interesująca praca na ten temat została wykonana w jednym z polskich stacjonarnych, szpitalnych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej. Autorzy komentowanej pracy analizowali grupę 72 chorych leczonych metodą przeszłonkowej interwencji wieńcowej (PCI) z powodu ACS skierowanych na 2–3-tygodniową SRK. Z grupy tej 70 osób zakończyło program SRK i otrzymało propozycję 12-tygodniowego kursu ARK. Z tej propozycji skorzystało zaledwie 16 (23%) chorych. Autorzy poszukują przyczyny małej frekwencji w ARK, analizując różnice między obu grupami chorych.

Grupy nie różniły się pod względem wieku, płci, wydolności fizycznej, frakcji wyrzutowej, indeksu masy ciała (BMI), występowania cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, sytuacji ekonomicznej oraz miejsca zamieszkania. Wśród barier uniemożliwiających uczestnictwo w ARK najwięcej osób wymieniło jednak trudności związane z dojazdami i konflikt z pracą zawodową. Większa atrakcyjność SRK wynikała też z poczucia bezpieczeństwa, wygody, izolacji od środowiska domowego i codziennych problemów, towarzystwa innych chorych, możliwości wyciszenia się i skoncentrowania na własnym zdrowiu oraz większego reżimu w zakresie aktywności fizycznej i diety. Główne różnice pomiędzy grupami dotyczyły stanu psychicznego, palenia papierosów oraz formy zatrudnienia. W grupie kontynuującej ARK stwierdzono mniejsze nasilenie depresji. Osoby te cecho-

wały się także lepszym podstawowym nastrojem oraz niższym poziomem napięcia psychicznego i lęku. W tej grupie wiele osób skutecznie przerwało palenie.

Powstaje więc pytanie, czy ta duża grupa chorych (77%), która zrezygnowała z ARK, to była grupa „loosersów”, osobników pasywnych, trudniej rozstających się z nałogiem palenia, reagujących neurotycznie na problemy życiowe?

Dane z piśmiennictwa dotyczące wpływu stanu psychicznego na uczestnictwo w programach rehabilitacji kardiologicznej są sprzeczne. Według Cooper i wsp. [7], depresja i lęk zmniejszają prawdopodobieństwo uczestniczenia chorego w programie rehabilitacyjnym. W innych badaniach chorzy uczestniczący w rehabilitacji kardiologicznej mieli wyższy poziom lęku i depresji od osób, które się nie zgłosiły [8]. Depresja zwiększa ryzyko nieukończenia programu rehabilitacji kardiologicznej [9]. Autorzy nie omawiają tego zjawiska, analizują natomiast powód małej frekwencji w ARK wśród własnych chorych (23% wobec 50% uzyskiwanych przez innych badaczy) [10–12].

Zdaniem autorów, wpłynęła na to dobra tolerancja wysiłku po zakończeniu rehabilitacji (8–9 METS), co mogło powodować poczucie braku potrzeby ARK. Interpretacja ta wydaje się jednak wątpliwa, bowiem tolerancja wysiłku w obu grupach była taka sama. Nie mogło to więc różnicować decyzji chorych co do udziału w rehabilitacji. Z pewnością jednak fakt, że ACS nie pogorszył tolerancji wysiłku w zauważalnym stopniu, mógł wzmacniać poczucie bezpieczeństwa u chorych. Chorzy mogli więc uważać się za wyleczonych przez PCI i nie widzieć potrzeby wtórnej prewencji kolejnego epizodu ACS.

Wykonanie PCI daje ewidentną korzyść w wielu przypadkach ACS, jednakże wytworzenie fałszywego poczucia, że problem został definitywnie rozwiązany za pomocą PCI, może istotnie redukować długoterminową skuteczność tej metody leczenia. Znamienne jest, że redukcja udziału w rehabilitacji po ACS zbiegła się w czasie z radykalnym wzrostem odsetka chorych z ACS leczonych PCI.

Refleksja ta pozornie kłóci się z obserwacją autorów, według której osoby odmawiające udziału w rehabilitacji kardiologicznej (77%) miały większy poziom lęku. Można jednak zapytać, czy oceniany lęk miał charakter pierwotny czy wtórny do ACS i PCI. Tej oceny jednak nie przeprowadzono.

Obserwacja ta może prowadzić do interesującej refleksji, która rzuca światło na pomijany dotąd, negatywny aspekt spektakularnego rozwoju PCI w ACS. Tak więc można spekulować, że oprócz kosztów finansowych PCI, kosztem dodanym może być fałszywe poczucie „bycia wyleczonym” po PCI. Współczesne leczenie ACS jest bez wątpienia nastawione na uzyskanie doraźnego efektu leczniczego. Powszechną iluzją wśród chorych jest wrażenie – „jestem zdrowy, bo zrobiono mi PCI”. Zakończenie „leczenia – procedury” na tym etapie owocuje mizernym bądź żadnym efektem odległym.

Jeśli zestawić wielki rozwój PCI z wielką zapaścią w dziedzinie rehabilitacji kardiologicznej, rozumowanie takie wydaje się wysoce prawdopodobne i z pewnością wymaga stosownej metaanalizy.

Być może prewencja wtórna po ACS powinna być ujęta w procedurach i powiązana z PCI. Usługa PCI mogłaby być kontraktowana przez NFZ w połączeniu z rehabilitacją po ACS. Zwiększyłoby to odsetek osób uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej, a także tych, u których zdołał się wytworzyć nawyk regularnej aktywności fizycznej (RAF). Wieloletnie obserwacje czynione w Europie w ramach programu EuroAction potwierdzają skuteczność długofalowego i bardzo aktywnego oddziaływania dla uzyskania trwałego efektu prozdrowotnego [13].

Ze społecznego punktu widzenia, wydanie głównej sumy publicznych pieniędzy jedynie na pierwszą fazę leczenia choroby niedokrwiennej serca wydaje się nieuprawnione.

Obecnie Polska jest w ścisłej czołówce w Europie, jeśli chodzi o zastosowanie PCI w ACS. Jednocześnie jesteśmy na szarym końcu w rehabilitacji kardiologicznej. Jeśli celem finalnym opieki zdrowotnej w Polsce jest dobro pacjenta (a więc społeczeństwa), to zestawienie można uznać za rażące.

Kłopoty związane z dojazdami były najczęściej podawaną przyczyną odmowy uczestnictwa w ARK. Z drugiej jednak strony, nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami pod względem miejsca zamieszkania. Wydaje się więc, że dla odpowiednio zmotywowanych pacjentów nawet dość duża odległość od ośrodka rehabilitacyjnego nie stanowi poważnej przeszkody w uczestnictwie w ARK.

Ponadto kłopot z dojazdem to najbardziej neutralne, eleganckie i bezpieczne uzasadnienie odmowy, które w rozumieniu pacjenta nie zamyka mu drogi do uzyskania ewentualnych świadczeń leczniczych w przyszłości. Wydaje się, że to uzasadnienie jest fałszywie zawyżone. Bardzo znamienne, że kontynuację rehabilitacji chętniej wybierali chorzy zatrudnieni we własnej firmie. Było to istotniejsze niż poziom wykształcenia i status socjoekonomiczny [9, 14]. Wy tłumaczenie tej obserwacji wydaje się proste. Ta grupa zawodowa nie ma ryzyka zwolnienia z pracy w razie choroby. Z drugiej strony musi polegać na swoim zdrowiu, by dbać o własną firmę (bardzo czytelny przykład, że był kształtuje świadomość).

Z udziału w ARK rezygnowali natomiast emeryci nie podejmujący żadnej dodatkowej pracy (niekoniecznie zarobkowej), a więc grupa pasywna, z depresją i lękiem. Dane amerykańskie potwierdzają duże znaczenie motywacji w ARK, której w omawianej pracy nie oceniano [9]. Jak wiadać, zrealizowany program rehabilitacji pozawałowej był głównie ofertą dla aktywnych i zmotywowanych. Jak uzyskać skuteczność ARK w drugiej, dużo większej grupie (77%), pozostaje nadal sprawą otwartą.

Za większą atrakcyjnością SRK przemawiały w opinii chorych między innymi możliwość wyciszenia się i skoncentrowania na własnym zdrowiu. Znamienna jest też wysoka ocena stosowania swego rodzaju środków przymusu w trakcie SRK – „większy reżim” w zakresie aktywności fizycznej i diety. Daje to podstawę do stosowania znacznie aktywniejszych metod – różnych form „przymusu” w odniesieniu do osób o mniejszej motywacji w realizacji programów rehabilitacji kardiologicznej.

Program rehabilitacji kardiologicznej realizowany w Hongkongu w ramach państwowej służby zdrowia (pozostałość po brytyjskim *National Health Service*, z cennymi modyfikacjami) nosi wszelkie znamiona skuteczności. Składa się z sześciu cotygodniowych wizyt ambulatoryjnych. Przed i po treningu stosowane są ćwiczenia medytacyjno-relaksacyjne. Chorzy otrzymują przystępne broszury informacyjne. Program kończy test sprawdzający przyswojenie oczekiwanej ilości informacji. Taki program stwarza szansę na utrwalenie się pozytywnych nawyków i przyswojenie niezbędnej wiedzy.

Nasuwa się wniosek, że efektywność rehabilitacji kardiologicznej pozostawia bardzo wiele do życzenia. Jest więc nadal miejsce na dalsze organizacyjne i finansowe modyfikacje rehabilitacji kardiologicznej [4–8]. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) powinien kreować politykę populacyjną rozwijania nawyków zdrowego trybu życia. Wzorcem może być EuroAction – program aktywnego wspierania zachowań prozdrowotnych, realizowany od kilku lat w wielu krajach europejskich.

Wydaje się, że finałem każdej formy ARK powinna być obszerna oferta różnorodnych form aktywności sportowo-rekreacyjnej, a zespół rehabilitujący powinien pomagać i doradzać osobom kończącym program rehabilitacji kardiologicznej w wyborze optymalnej aktywności. W niektórych centrach rehabilitacji w Niemczech odbywają się swoiste targi, w których uczestniczą *Sport Feereine* zainteresowani pozyskaniem nowych uczestników. Taka aktywność, raz rozpoczęta, ma wymiar wieloletni.

Piśmiennictwo

1. Johnson JE, Weinert C, Richardson JK. Rural residents' use of cardiac rehabilitation programs. *Public Health Nurs* 1998; 15: 288-96.
2. Ades PA, Waldmann ML, McCann WJ, et al. Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1033-5.
3. Gattiker H, Goins P, Dennis C. Cardiac rehabilitation. Current status and future directions. *West J Med* 1992; 156: 183-8.

4. Ades PA, Waldmann ML, Polk DM, et al. Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged greater than or equal to 62 years. *Am J Cardiol* 1992; 69: 1422-5.
5. O'Callaghan WG, Teo KK, O'Riordan J, et al. Comparative response of male and female patients with coronary artery disease to exercise rehabilitation. *Eur Heart J* 1984; 5: 649-51.
6. Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2001; 51: 497-501.
7. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, et al. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999; 82: 234-6.
8. King KM, Humen DP, Smith HL, et al. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart* 2001; 85: 290-4.
9. Cooper A, Jackson G, Weinman J, et al. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review. *Clin Rehabil* 2002; 16: 541-52.
10. Hagan NA, Botti MA, Watts RJ. Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart Lung* 2007; 36: 105-13.
11. Grupa Robocza w dziedzinie Rehabilitacji Kardiologicznej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego Polkard 2003–2005. Raport o stanie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce na podstawie bazy danych utworzonej w ramach realizacji programu rozwoju rehabilitacji kardiologicznej w Polsce. www.polkard.org
12. Vanhees L, McGee H, Dugmore D, et al. A representative study of cardiac rehabilitation activities in European Union member states. *The Carinex Survey J Cardiopulm Rehabil* 2002; 22: 264-72.
13. M. O'Flaherty, S. Capewell, Euroaction: Using what we know to improve primary and secondary prevention of CAD. InCirculation.net
14. Whitmarsh A, Koutantji M, Sidell K. Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 209-21.