

# Rehabilitacja kardiologiczna. Osiem zasad głównych

Ryszard Piotrowicz

Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiol Pol 2006; 64: 924-926

Dumni z polskiej szkoły rehabilitacji kardiologicznej, uderzmy w nutę pokory i zapoznajmy się z przykazaniami na ten temat. Pozwoliłem sobie ująć je w postaci ośmiu zasad głównych.

## Króciutki, ale nieodzowny wstęp

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 (WHO). W wypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówimy o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK).

### Zasada 1. Kompleksowość

Statymi elementami KRK są:

- optymalizacja leczenia farmakologicznego;
- rehabilitacja fizyczna;
- rehabilitacja psychospołeczna;
- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca;
- modyfikacja stylu życia;
- edukacja chorych i ich rodzin.

### Zasada 2. Integracja działań specjalistów

Zadania KRK pod nadzorem kardiologa realizuje zespół, w skład którego wchodzi fizjoterapeuci, psycholodzy, dietetycy i socjolodzy.

### Zasada 3. Natychmiastowość wdrożenia

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna winna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów. Chodzi zwłaszcza o leczenie ruchem. Zwracam uwagę, że bezwzględnymi przeciwwskazaniami są jedynie:

- stany zagrażające życiu;
- destabilizacja stanu klinicznego.

Oczywiście istnieją stany kliniczne wymagające specjalnego dostosowania lub okresowego zaprzestania aktywności fizycznej, o czym będziemy jeszcze mówić. Pamiętajmy jednak, że nawet wystąpienie wymienionych zjawisk nie upoważnia do zaprzestania realizacji elementów KRK innych niż kinezyterapia.

### Zasada 4. Wieloetapowość

Realizacja KRK jest procesem wieloetapowym. Wyodróżniamy okres wczesny, realizowany w dwóch etapach, oraz okres późny, realizowany jako etap III.

#### Etap I

*Rehabilitacja szpitalna* (sala intensywnej opieki medycznej, oddział pooperacyjny, oddział kardiologii, chorób wewnętrznych)

**Cel:** Jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności życia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia.

**Czas trwania:** Do uzyskania stanu klinicznego umożliwiającego wypisanie do domu lub przeniesienie na oddział rehabilitacji kardiologicznej w celu realizacji II etapu.

#### Etap II

*Rehabilitacja szpitalna* (oddział rehabilitacji kardiologicznej)

Chorzy z powikłaniami lub wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, z poważnymi chorobami współistniejącymi, pochodzący z małych, odległych ośrodków i żyjący w trudnych warunkach socjalnych.

---

#### Adres do korespondencji:

prof. Ryszard Piotrowicz, Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 09, +48 22 343 45 19, e-mail: rpiotrowicz@ikard.waw.pl

**Wczesna rehabilitacja ambulatoryjna**

Pacjenci z niepowikłanym przebiegiem I etapu rehabilitacji.

Kontynuacja formy stacjonarnej.

**Rehabilitacja w warunkach domowych**

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

**Czas wdrożenia:** Najpóźniej 2–3 tygodnie po zakończeniu I etapu.

**Czas trwania:** 4–12 tygodni.

**Cel:** Osiągnięcie korzystnych efektów (będziemy o nich pisać) wynikających z realizacji podstawowych elementów KRK.

**Etap III**

Późna rehabilitacja ambulatoryjna (poradnie rehabilitacji kardiologicznej, poradnie kardiologiczne lub lekarze rodzinni przeszkoleni w rehabilitacji kardiologicznej).

**Cel:** Podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby. Powinien trwać do końca życia.

**Zasada 5. Ciągłość**

Wszelkie przerwy w każdym procesie terapeutycznym wpływają negatywnie na jego efektywność. Nie inaczej jest w wypadku KRK.

**Zasada 6. Indywidualizacja**

Uzyskanie maksymalnych korzyści przy minimalizacji zagrożeń wymaga indywidualnego planowania i realizacji procesu KRK w zależności od całości obrazu klinicznego (też będziemy o tym dyskutować).

**Zasada 7. Nie czyń drugiemu, co tobie niemiłe**

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna musi być procesem bezpiecznym i radosnym. Nie może być wywołującą stresy, niebezpieczną, wymagającą poświęceń harówką dla zdrowia, która jest udręką dla chorego i jego otoczenia.

**Zasada 8. Pamiętaj, że zaniechanie jest grzechem****Piśmiennictwo**

- Ades PA. 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. 3rd ed. Champaign, Ill. *Human Kinetics Publishers*; 1999.
- Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. 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 Writing Group. *Circulation* 2000; 102: 1069-73.
- Cobelli F, Tavazzi L. Relative role of ambulatory and residential rehabilitation. *J Cardiovasc Risk* 1996; 3: 172-5.
- Dylewicz P, Borowicz-Bieńkowska S, Deskur-Śmielecka E, et al. Cardiac rehabilitation. In: Kirch W (ed.). *Public Health in Europe*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003: 219-25.
- Dylewicz P, Przywarska I, Borowicz-Bieńkowska S. Zasady rehabilitacji pozawatowej. In: Opolski G, Filipiak KJ, Poloński L (eds.): *Ostre zespoły wieńcowe*. Urban & Partner, Wrocław 2002: 466-71.
- Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad H, et al. 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: 1273-8.
- Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Library*, Volume (Issue 3) 2001.
- Lear SA, Ignaszewski A. Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. *Curr Control Trials Cardiovasc Med* 2001; 2: 221-32.
- O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80: 234-44.
- Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988; 260: 945-50.
- 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 (Suppl. C): 1C-45C.
- Rudnicki S. Rehabilitacja w chorobach układu krążenia i po operacjach serca. In: Kwolek A (ed.). *Rehabilitacja Medyczna*. T. II. Urban & Partner, Wrocław 2003: 309-38.
- Wenger NK, Smith LK, Froelicher ES, et al. Cardiac rehabilitation. A guide to practice in the 21<sup>st</sup> century. *Marcel Dekker Inc.*, New York-Basel 1999.
- Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1993; 831: 1-122.