Standardy

W dniu 26.09.2001 Zarząd Główny powołał Komisję do opracowania **Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej** pod przewodnictwem Prof. dr hab. med. Ryszarda Piotrowicza, w skład której weszli członkowie Zarządu Sekcji:

- Prof. dr hab. med. Stanisław Rudnicki
- Prof. dr hab. med. Piotr Dylewicz
- Prof. dr hab. med. A-M Anna Jegier
- Dr n. med. Krzysztof Mazurek

Obecnie opracowane materiały *tu link do Standardów* zostały zakwalifikowane przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego jako oficjalne zalecenia Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

KOMPLEKSOWA REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne

1. **Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej.** 4
1.1 Wstęp 4
1.2 Definicja rehabilitacji kardiologicznej 5
1.3 Etapowość rehabilitacji kardiologicznej 5
1.4 Efekty rehabilitacji kardiologicznej 6

2. **Kadry i wyposażenie ośrodków rehabilitacji kardiologicznej ....** 9
2.1 Skład zespołu prowadzącego rehabilitację kardiologiczną 9
2.2 Organizacja ośrodków rehabilitacyjnych 10
2.3 Wyposażenie ośrodków rehabilitacyjnych 13

3. **Metody diagnostyczne w rehabilitacji kardiologicznej .....** 18
3.1 Elektrokardiogram 18
3.2 Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa 19
3.3 Badanie spiroergometryczne 29
3.4 Sześciominutowy test marszowy 33
3.5 Ambulatoryjne 24-godzinne monitorowanie EKG 34
3.6 Echokardiografia 35
3.7 Pomiary ciśnienia tętniczego krwi – tradycyjny, domowy i całodobowy 36
3.8 Badanie radiologiczne klatki piersiowej 38
3.9 Badania laboratoryjne 39
3.10 Kompleksowa ocena ryzyka zdarzeń sercowych 40
3.11 Ocena jakości życia 42

4. **Metody terapeutyczne w rehabilitacji kardiologicznej .....** 45
4.1 Kinezyterapia 45
4.1.1 Ogólne zasady treningu 45
4.1.2 Zasady kinezyterapii na różnych etapach rehabilitacji kardiologicznej 51
4.2 Wybrane zagadnienia farmakoterapii 61
4.2.1 Leki przeciwzakrzepowe i przeciwpłytkowe a wysiłek fizyczny 61
4.2.2 Leki blokujące receptory beta-adrenergiczne a wysiłek fizyczny 61
4.2.3 Leki blokujące receptory alfa-adrenergiczne a wysiłek fizyczny 62
4.2.4 Leki moczopędne a wysiłek fizyczny 62
4.2.5 Glikozydy naparstnicy a wysiłek fizyczny 62
4.2.6 Leki przeciwcukrzycowe a wysiłek fizyczny 64
4.3 64
4.3.1 66
4.3.2 68
4.4 70
4.5 .....

Oddziaływanie psychologiczne
Postępowanie diagnostyczne
Postępowanie psychoterapeutyczne
Edukacja
Wskazówki dietetyczne

5. Specyficzne problemy rehabilitacji kardiologicznej w różnych sytuacjach klinicznych ... 71

5.1 Rehabilitacja pacjentów po zawale mięśnia sercowego i po ostrym zespole wieńcowym bez zawału ... 71
5.2 Rehabilitacja pacjentów po przezskórnych interwencjach wieńcowych ... 74
5.3 Rehabilitacja pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym ... 76
5.3.1 Przygotowanie przedoperacyjne ... 76
5.3.2 Okres pooperacyjny ... 76
5.4 Rehabilitacja pacjentów po operacjach wad serca ... 79
5.5 Rehabilitacja pacjentów z niewydolnością serca ... 81
5.6 Rehabilitacja pacjentów po transplantacji serca ... 84
5.7 Rehabilitacja pacjentów ze stymulatorem serca ... 86
5.8 Rehabilitacja pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem ... 87
5.9 Rehabilitacja pacjentów z nadciśnieniem tętniczym ... 90
5.10 Rehabilitacja pacjentów w starszym wieku ... 91
5.11 Rehabilitacja kobiet ... 92

6. Socjoekonomiczne aspekty rehabilitacji kardiologicznej ... 93

6.1 Powrót do aktywności zawodowej i optymalnej aktywności życiowej ... 93
6.2 Powrót do aktywności seksualnej ... 96
6.3 Koszty a efektywność rehabilitacji kardiologicznej ...

7. Aktywność ruchowa w pierwotnej prewencji choroby niedokrwiennej serca ... 97

1. DEFINICJA, ZADANIA, ETAPY I EFEKTY REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ

Motto

„Rehabilitacja winna być integralną częścią
postępowania dla każdego chorego na serce" – WHO 1993

1.1 Wstęp

W ostatnich 10 latach nastąpił rewolucyjny przełom w diagnostyce i terapii większości najczęściej spotykanych 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 szeroko akceptowane.

Ostatnie skorygowane stanowisko Grupy Roboczej Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ukazało się w 1992r., wytyczne WHO w 1993r., stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) w 1994r., a Amerykańskiego Towarzystwa Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej (AACVPR) w 1999r. Aktualnie 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 standardów w omawianym przedmiocie.

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

1.2 Definicja rehabilitacji kardiologicznej

„Rehabilitacja jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania do nowego życia chorego i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności" (WHO).
W przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego mówimy o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK).

Stałymi elementami KRK są:

- ocena klinicznego stanu chorego
- optymalizacja leczenia farmakologicznego
- rehabilitacja fizyczna – stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego,
- rehabilitacja psycho-społeczna – celem opanowania sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych – lęku i/lub depresji, 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

KRK winna być procesem:

- wdrażanym natychmiast
- kontynuowanym w sposób ciągły
- wieloetapowym
- zindywidualizowanym w zależności od całości stanu klinicznego chorego
- akceptowanym przez pacjenta i jego otoczenie

1.3 Etapowość rehabilitacji kardiologicznej

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

Etap I

Pierwszy etap obejmuje rehabilitację szpitalną na sali intensywnej opieki medycznej, na oddziale pooperacyjnym, oddziale kardiologii, chorób wewnętrznych lub rehabilitacji kardiologicznej. Etap ten trwa do momentu osiągnięcia stanu klinicznego upoważniającego do wypisania pacjenta z oddziału.

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

Powinien być zakończony wykonaniem próby wysiłkowej służącej określeniu zasad rehabilitacji w II etapie lub kwalifikacji do dalszej diagnostyki i leczenia (nie dotyczy pacjentów, u których istnieją bezwzględne przeciwwskazania do wykonania badania wysiłkowego).

Etap II

Drugi etap rehabilitacji może być realizowany w formie szpitalnej, ambulatoryjnej lub domowej.

Rehabilitacja szpitalna - realizowana w warunkach stacjonarnych na oddziałach rehabilitacji kardiologicznej lub w szpitalach uzdrowiskowych rehabilitacji kardiologicznej.

Stacjonarna forma II etapu rehabilitacji jest konieczna u chorych z wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, z poważnymi chorobami współistniejącymi, u pacjentów ze złych warunków socjalnych i małych odległych ośrodków.

Rehabilitacja ambulatoryjna wczesna - prowadzona przez poradnie lub zakłady rehabilitacji kardiologicznej (pożądane zaplecze szpitalne).

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

Rehabilitacja wczesna w warunkach domowych - 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