



Ława. Rehabilitacja, czyli „musi się nam zacząć chcieć” [ROZMOWA Z LEK. MED. ZBIGNIEWEM GLIŃSKIM]

data aktualizacji: 2019.10.29



Rehabilitacja kardiologiczna znacznie poprawia jakość życia pacjentów - podkreśla lek. med. Zbigniew Gliński, koordynator Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej i Ogólnoustrojowej Powiatowego Szpitala im. Władysława Biegańskiego w Ławie. Oddział istnieje w naszym szpitalu od 2012 roku, dysponuje 17 łózkami.

Kiedy słyszymy hasło: rehabilitacja kardiologiczna, pierwsze skojarzenie to leczenie po zawale serca. Ale to z pewnością nie wyczerpuje tematu rehabilitacji kardiologicznej. Proszę powiedzieć, czym ona jest?

- Na nasz Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej trafiają pacjenci ze skierowaniami z Oddziału Kardiologii Inwazyjnej lub Kardiochirurgii. Najczęściej są to pacjenci z Oddziałów Kardiologii Inwazyjnej po wykonanych angioplastykach naczyń wieńcowych i

implantacji stentów [od red.: stent – niewielka „sprężynka”, najczęściej ze stali 316 LVM albo stopu chromowo-kobaltowego, umieszczana wewnątrz naczynia krwionośnego w celu przywrócenia drożności naczynia] w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Duża część pacjentów po leczeniu inwazyjnym jest kierowana do nas z Centrum Kardiologii Scanmed w Iławie. Z oddziałów kardiologii kierowani są pacjenci po zabiegach pomostowania aortalno-wieńcowych, po implantacji zastawek serca, po operacji tętniaków aorty. Terapia stosowana w rehabilitacji kardiologicznej to odpowiednio programowany i nadzorowany wysiłek fizyczny. Celem tak stosowanej kinezyterapii jest poprawa wydolności układu krążeniowo-oddechowego i poprawa sprawności fizycznej. Inne równie ważne zadania rehabilitacji kardiologicznej to:

- redukcja czynników ryzyka,
- ograniczenie palenia papierosów,
- poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie wieńcowej,
- zmiany nawyków żywieniowych – poprzez ograniczenie tłuszczu nasyconych w diecie,
- rehabilitacja psychologiczna – poprzez psychoterapię grupową i indywidualną.

W skład zespołu terapeutycznego, który realizuje kompleksową rehabilitację kardiologiczną, wchodzi lekarze, fizjoterapeuci, psycholog, pielęgniarki i dietetyk.

Rehabilitacja kardiologiczna rozwinęła się w latach 60-tych, czyli jest w miarę nowym zjawiskiem. Czy to znaczy, że pacjenci w latach wcześniejszych nie mieli tego luksusu wcale i czy to miało negatywny wpływ na ich stan zdrowia po przebytych chorobach kardiologicznych? Czy dziś powinniśmy się cieszyć, że mamy takie możliwości w tym zakresie?

- Rehabilitacja kardiologiczna w obecnej postaci zaczęła się rozwijać pod wpływem badań naukowych w latach 60-tych ubiegłego wieku. Badania te wykazały, że jak najkrótsze unieruchomienie pacjenta kardiologicznego i odpowiednio zaprogramowane usprawnianie dostosowane do jego wydolności fizycznej znacznie zmniejsza umieralność w tej grupie chorych. Jeszcze w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku pacjent z zawałem serca był unieruchamiany w łóżku na około 6 tygodni. Obecnie pacjenci z niepowikłanym zawałem po angioplastyce z implantacją stentów są uruchamiani już po 2 dniach. Po kilku dniach opuszczają szpital ze skierowaniem na rehabilitację kardiologiczną.

Czy dobrze przeprowadzona rehabilitacja kardiologiczna może wydłużyć życie pacjenta, poprawić jego jakość? Czy są jakieś statystyki w tym zakresie?

- Rehabilitacja kardiologiczna poprzez stosowanie kinezyterapii – czyli ćwiczeń fizycznych prowadzi do zwiększenia tolerancji wysiłku. Regularne ćwiczenia podwyższają próg niedokrwienia i próg bólu wieńcowego. Czyli prowadzą do poprawy jakości życia. Korzystny wpływ rehabilitacji kardiologicznej odbywa się również poprzez stabilizację ciśnienia tętniczego, zmianę stylu życia, zmiany w diecie. Badania naukowe wykazały zmniejszenie śmiertelności całkowitej o 25% i śmiertelności sercowej o 30% u pacjentów poddanych rehabilitacji kardiologicznej.

W szpitalu prowadzi się także rehabilitację ogólnoustrojową. Którzy pacjenci z niej korzystają, po jakich operacjach, z jakimi schorzeniami?

- Celem rehabilitacji ogólnoustrojowej jest: wyleczenie, bądź zmniejszenie dysfunkcji narządu ruchu; przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Oddział zajmuje się rehabilitacją z zakresu ortopedii, traumatologii i reumatologii oraz stanami po:
artroskopii kolana, biodra, barku,
rekonstrukcjach więzadeł, ścięgien, łąkotek,
skręceniach, zwichnięciach, złamaniach, endoprotezoplastyce stawów i osteotomiach korekcyjnych,
zespołach przeciążeniowych, zespołach ciasnot powięziowych,
zmianach o charakterze entezopatycznym (łokieć golfisty, łokieć tenisisty, kolano skoczka, kolano biegacza, chondromalacja rzepki, konflikt rzepkowo - udowy),
chorobach zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa i kończyn,
chorobach reumatologicznych (np. RZS, ŁZS, ZZSK),
amputacjach kończyn urazowych lub w przebiegu AO/cukrzycy.

Jakie są warunki przyjęcia na taką rehabilitację?

- Konieczne jest skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową, które jest wystawiane przez lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych, urologicznych, kardiologicznych, geriatrycznych. Natomiast w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej. Pierwszeństwo przyjęcia posiadają pacjenci po przebytych operacjach ortopedycznych lub po leczeniu szpitalnym, do 6 miesięcy od daty wypisania ze szpitala ostrej fazy.

Jakie metody leczenia są realizowane w oddziale?

- W naszym Oddziale wykorzystujemy:

-
- fizykoterapię - czyli oddziaływanie różnych form energii występującej w przyrodzie. Jest to leczenie bodźcowo-stymulacyjne powodujące odpowiedź tkanek na działanie bodźców fizykalnych;
- elektroterapię - w terapii wykorzystujemy zjawiska elektrochemiczne, elektrotermiczne i elektrokinetyczne zachodzące pod wpływem przepływającego prądu;
- światłolecznictwo - wykorzystujemy działanie światła, w tym również biostymulację laserową;
- magnetoterapię - możemy stosować przy obecności implantów ortopedycznych (często stosujemy w celu pobudzenia wzrostu kostnego);
- ultradźwięki - wykorzystujemy tu oddziaływanie mechaniczne, termiczne i fizykochemiczne;
- termoterapię - leczenie ciepłem np. Solux, Fango, leczenie zimnem- miejscowa krioterapia. - kinezyterapię - czyli leczenie ruchem, które ma podstawowe znaczenie w

rehabilitacji. Obejmuje ćwiczenia lecznicze i różne metody kinezyterapeutyczne.

Czy uważa pan, że rehabilitacja psychologiczna w oddziale jest tak samo ważna jak ta tradycyjna, związana z fizycznością?

- Trudno sobie wyobrazić brak psychologa w zespole rehabilitacyjnym. Celem rehabilitacji psychologicznej jest przywrócenie utraconej lub zaburzonej przez chorobę sprawności psychicznej, zdolności do pracy. Psycholog ustala diagnozę psychologiczną, prowadzi psychoterapię indywidualną lub grupową w zależności od potrzeb. Do najczęściej spotykanych zaburzeń emocjonalnych w rehabilitacji należą zaburzenia lękowe i depresyjne. Zaburzenia osobowości często występują u osób z nagłą utratą sprawności fizycznej powstałą wskutek choroby, np. udaru mózgu z niedowładem połowicznym lub urazu np. niedowładu czterokończynowego po urazie kręgosłupa szyjnego - u młodych osób po skoku do wody. Niezależnie od ważnej roli psychologa, każdy członek zespołu rehabilitacyjnego powinien pełnić w swoim zakresie funkcję psychoterapeutyczną.

Ilu pacjentów w skali roku może poddać się rehabilitacji ogólnoustrojowej i kardiologicznej w naszym szpitalu?

- Biorąc pod uwagę ilość łóżek w oddziale, to około 200 pacjentów, w tym 100 na rehabilitację kardiologiczną i 100 na rehabilitację ogólnoustrojową, usprawniającą. Są to oczywiście dane orientacyjne. W przyszłości - mam nadzieję niedalekiej, kiedy powstanie Centrum Rehabilitacyjne, ta ilość pacjentów może zostać podwojona, będzie to jednak również uzależnione od kontraktu z NFZ.

Panie doktorze, choroby kardiologiczne mają charakter przewlekły, człowiek żyje z nimi do końca życia. To brzmi jak piętno. Czy tak Pan to ocenia?

- Wśród naszych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej większość stanowią chorzy po zawałach mięśnia sercowego w przebiegu choroby niedokrwiennej serca. W ponad 95% przypadków przyczyną tej choroby jest miażdżycza tętnic wieńcowych. Blaszki miażdżycowe zwężają światło naczyń wieńcowych i w pewnym momencie zwężenie przekracza wartość krytyczną i dochodzi do zawału. Wykazano, że spośród badanych czynników ryzyka wystąpienie zawału serca niezależnie determinują nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia lipidowe, otyłość brzuszna, palenie tytoniu oraz czynniki psychospołeczne. Na niektóre czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca mamy wpływ. Możemy je zmieniać przez zmianę stylu życia. Znowu wracamy do zwiększenia aktywności fizycznej. Możemy przestać palić papierosy, zmienić dietę - zmniejszyć spożywanie tłuszczów nasyconych i cholesterolu. Walczyć ze swoją otyłością, co może spowodować, że przestaniemy chorować na cukrzycę typu 2. Czyli musi się nam zacząć chcieć.

Wszyscy w Polsce znamy historię rodzącej się kardiochirurgii prof. Religi, który był pionierem w przeszczepach serca, także z filmu „Bogowie”. Widział Pan film? Uważa Pan, że dzięki profesorowi został zrobiony krok milowy w polskiej medycynie kardiologicznej?

- Zbigniew Religa w 1985 roku dokonał pierwszego w Polsce udanego przeszczepu serca. Pacjent przeżył 2 miesiące. To był rzeczywiście milowy krok w historii polskiej transplantologii - zainicjował tysiące udanych transplantacji serca. Jako łódzianin muszę przypomnieć zasługi profesora Jana Molla (profesora Akademii Medycznej w Łodzi), który w 1969 roku wykonał jako pierwszy w Polsce przeszczep serca - niestety nieudany. Stało się to w rok po tym, gdy pierwszego w historii przeszczepu serca dokonał w Kapsztadzie prof. Christian Barnard. Lista zasług prof. Jana Molla jest długa. Przeszczepił serce i jako pierwszy w Polsce wszczepił sztuczną zastawkę, dokonał koronografii, a także wszczepił by-passy. Łódzki przeszczep serca był pierwszym w Polsce i jednym ze stu pierwszych wykonanych na świecie. Ale oprócz spektakularnych wyników polskiej kardiologii trzeba podkreślić obserwowany spadek śmiertelności z powodu ostrego zawału serca, co ma związek ze wzrostem liczby interwencji inwazyjnych. Dane wskazują na wciąż rosnące znaczenie kardiologii inwazyjnej w Polsce. Wzrost liczby wykonywanych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi w pierwszych godzinach od wystąpienia bólu wiąże się z redukcją liczby zgonów, kolejnych zawałów i udarów mózgu, zarówno podczas obserwacji krótko-, jak i długoterminowej. Duże badania kliniczne dowodzą, że pierwotna angioplastyka wieńcowa w ostrym zawałe serca pozwala na 4-krotne obniżenie śmiertelności oraz 3-krotne zmniejszenie liczby poważnych powikłań w porównaniu z leczeniem zachowawczym. W ostatnich latach w Polsce wzrosła znacznie liczba badań inwazyjnych. Obecnie rocznie wykonuje się ponad 150 000 koronarografii oraz ponad 84 000 angioplastyk wieńcowych. Dzięki rozwojowi kardiologii interwencyjnej w Polsce śmiertelność w zawałe spadła z 22% do 5%. Było to możliwe dzięki stworzeniu dużej sieci oddziałów kardiologii inwazyjnej - m.in. w Iławie.

Pielęgniarka Oddziału Rehabilitacji, Maria Abramowska.



Zenona Torzewska, pielęgniarka Poradni Rehabilitacyjnej w Powiatowym Szpitalu im. Władysława Biegańskiego w Iławie.



www.powiat-ilawski.pl

Zdjęcia: M. Rogatty.

Źródło:

<https://www.infoilawa.pl/aktualnosci/item/59226-ilawa-rehabilitacja-czyli-musi-sie-nam-zaczac-chciec-rozmowa-z-lek-med-z-bigniewem-glinskim>