



24

SYMPOZJUM SEKCJI REHABILITACJI
KARDIOLOGICZNEJ I FIZJOLOGII WYSIŁKU
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
KARDIOLOGICZNEGO

28-29.05.2021
ONLINE

**REHABILITACJA
KARDIOLOGICZNA 2021**
- od nauki do praktyki

STRESZCZENIA



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

mamy przyjemność zaprosić do udziału w kolejnym **24 Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2021 ONLINE**, które odbędzie się w dniach **28-29 maja 2021 r.**

Ostatni rok był pełen trudnych i nadzwyczajnych wyzwań dla rehabilitacji kardiologicznej w Polsce, w Europie i na całym świecie. Pandemia COVID-19 była powodem dwukrotnego przekładania terminu Sympozjum, które już finalnie miało odbyć się w maju br w Wiśle/Ustroniu. Niestety aktualny stan pandemii w Polsce pozbawił nas nadziei, że w ostatni tydzień maja spotkamy się wszyscy razem w Beskidach. Dlatego też zmieniamy formę naszego co rocznego spotkania naukowo- szkoleniowego na formę **ONLINE**. Uczestnicy Sympozjum będą mieli możliwość zapoznania się z prezentacjami również po zakończeniu Sympozjum.

Temat przewodni Sympozjum **„REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA 2021 – od nauki do praktyki”** nawiązuje do podstaw naukowych rehabilitacji kardiologicznej i stosowania ich w praktyce klinicznej. Rehabilitacja kardiologiczna w każdej formie: szpitalna, dzienna i telerehabilitacja hybrydowa, jest filarem kompleksowego podejścia do opieki nad osobami z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Działania te realizowane są również w okresie pandemii COVID-19.

Mamy nadzieję, że nasze Sympozjum ONLINE adresowane do lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, fizjologów wysiłku fizycznego, psychologów i dietetyków, to jest grup zawodowych zajmujących się lub zainteresowanych rehabilitacją kardiologiczną, będzie okazją do skorzystania z aktualnej wiedzy i doświadczeń wykładowców oraz pozostałych aktywnych uczestników tego naukowego wydarzenia.

Szanowni Państwo, w tym roku w dniach 28-29 maja zapraszamy przed ekrany komputerów i innych elektronicznych urządzeń! Do zobaczenia!

Prof. dr hab. n. med.

Anna Jegier

Przewodnicząca Sekcji Rehabilitacji
Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK
oraz Współprzewodnicząca
Komitetu Naukowego

Prof. dr hab. n. med.

Ewa Straburzyńska-Migaj

Współprzewodnicząca Komitetu
Naukowego

Dr. n. med.

Michał Gałaszek

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego



**SYMPOZJUM SEKCJI REHABILITACJI
KARDIOLOGICZNEJ I FIZJOLOGII WYSIŁKU
POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO**

Komitet Naukowy

Przewodnicząca:

Prof. dr hab. n. med. Anna Jegier

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Straburzyńska-Migaj

Członkowie:

Dr Tadeusz Bednarczyk

Dr n. med. Zbigniew Eysymontt

Dr n. med. Michał Gałaszek

Dr hab. n. med. Iwona Korzeniowska-Kubacka

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

Dr n. med. Agnieszka Mawlichanów

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

Dr n. med. Krzysztof Smarż

Dr hab. Edyta Smolis-Bąk

Dr hab. n. med. Dominika Szalewska

Dr n. med. Jadwiga Wolszakiewicz

Komitet Organizacyjny

Przewodniczący:

Dr n. med. Michał Gałaszek

V-ce przewodniczący:

Dr Tadeusz Bednarczyk

Członkowie:

Dr n. med. Zbigniew Eysymontt

Prof. dr hab. n. med. Anna Jegier

Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz

Dr n. med. Agnieszka Mawlichanów

Dr n. med. Krzysztof Smarż

Dr hab. Edyta Smolis-Bąk

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Straburzyńska-Migaj

Dr n. med. Jadwiga Wolszakiewicz

STRESZCZENIA PRAC ORYGINALNYCH i OPISY PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

1.

Wyniki II etapu rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z ciężką niewydolnością krążenia po implantacji pompy mechanicznego wspomaganie lewej komory (LVAD).

Autorzy:

mgr Karina Drżał

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej ŚCCS, M.C.Skłodowskiej 9 Zabrze

mgr Michał Rau

Śląskie Centrum Chorób Serca Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Curie Skłodowskiej 21, Zabrze

mgr Mirosław Urban

Śląskie Centrum Chorób Serca, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Skłodowskiej - Curie 9, Zabrze

lek. med. Jacek Sikora, lek. med. Jadwiga Obrębska

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Śląskie Centrum Chorób Serca, M. Curie – Skłodowskiej, Zabrze

W okresie od 2017 do 2019 na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej ŚCCS w Zabrzu przebywało 46 chorych po implantacji pompy mechanicznego wspomaganie krążenia typu HeartWare i HeartMate III. W tej grupie było 37 mężczyzn i 3 kobiety (2 pacjentów przebywało na rehabilitacji dwukrotnie i 2 pacjentów 3 krotnie w analizowanym okresie czasu). Czas rehabilitacji na oddziale wynosił od 1 do 58 dni (średnio 33 dni). Do grupy badawczej włączono 33 pacjentów, w tym 31 mężczyzn i 2 kobiety. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 54,7 lat, (od 18 do 70 lat). Średni czas pobytu wyniósł 36,4 dnia. Powodem wykluczenia 13 chorych z analizowanej grupy był brak testu 6 min marszu (6MWT), na początku i/lub na końcu procesu rehabilitacji. U 3 wykluczonych brak początkowego testu wiązał się z osłabioną siłą kończyn dolnych i brakiem możliwości wykonania testu. Testu końcowego nie wykonano u 8 chorych z powodu dekompensacji układu krążenia i koniecznością przekazania do Oddziału Mechanicznego Wspomaganie Krążenia. U 2 chorych nie wykonano testu początkowego ani końcowego z powodu ciężkości stanu klinicznego.

Analizie poddano wyniki 6MWT i subiektywne odczucie wysiłku, mierzone 10 stopniową zmodyfikowaną skalą Borga. Badanie wykonano na początku i na końcu procesu rehabilitacji. Program rehabilitacji planowany był indywidualnie w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta. Standardowo pacjenci mieli wykonywane ćwiczenia i monitorowane treningi na cykloergometrze rowerowym oraz treningi marszowe według modelu D i C II etapu rehabilitacji kardiologicznej. Dodatkowo fizjoterapia obejmowała również zabiegi fizykalne o działaniu przeciwbólowym i wspomagającym gojenie ran np: laser, solux, kineziotaping. Techniki manualne np.: masaż, neuro-mobilizacje, terapia punktów spustowych. Stosowane były również techniki specjalne, szczególnie u osób z dysfunkcjami neurologicznymi, takie jak: metoda Bobath, PNF, terapia kraino-sakralna.

Wyniki:

W badanej grupie pacjentów odnotowano wzrost pokonanego dystansu w 6MTW, najmniej o 7,8%, największy o 225%, średnio o 51% w stosunku do badania początkowego. Subiektywne odczucie zmęczenia podczas wysiłku zmniejszyło się średnio o 29%. 8 pacjentów zadeklarowało to samo odczucie wysiłku przy wzroście przebytego dystansu w 6MWT. U 2 pacjentów odczucie zmęczenia było większe o 1 stopień w skali Borga (z lekkiego na umiarkowane). U 23 pacjentów zanotowano wyraźne zmniejszenie odczuwanego zmęczenia podczas wysiłku. Największy spadek, aż 3 punkty w skali Borga (z 7 do 4) zanotowano u 2 pacjentów.

Wnioski:

Prowadzony w naszym Oddziale, indywidualnie dobrany, program rehabilitacji, przyniósł wymierne korzyści w postaci wzrostu wydolności fizycznej wyrażonej w wynikach 6MWT oraz zmniejszenie odczucia zmęczenia podczas wysiłku.

2.

Przebieg i wyniki rehabilitacji chorego po przebyciu zawale mięśnia sercowego, powikłanym NZK i uszkodzeniem OUN-opis przypadku.

Autorzy:

mgr Małgorzata Galon

Śląskie Centrum Chorób Serca Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii z Oddziałem

Klinicznym Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej, Marii Curie-Skłodowskiej 9, Zabrze

mgr Michał Rau, mgr Mirosław Urban, mgr Karina Drżał, lek. med. Jacek Sikora,

lek. med. Jadwiga Obrębska

Śląskie Centrum Chorób Serca Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Curie Skłodowskiej 21,

Zabrze

56-letni chory po przebyciu 16.03.2019 r. na terenie Niemiec zawale mięśnia sercowego leczonym przezskórną angioplastyką wieńcową w zakresie pnia lewej tętnicy wieńcowej i prawej tętnicy wieńcowej z implantacją stentów antymiotycznych. Okres okołozawałowy powikłany NZK, wstrząsem kardiogennym. Chory wymagał tracheostomii, terapii ECMO podczas której doszło do zatoru lewej tętnicy udowej. Wykonano fasciotomię lewego podudzia zakończoną przeszczepem skóry. Dalszy przebieg leczenia powikłany zapaleniem płuc, wieloogniskowym uszkodzeniem naczyniowym OUN i neuropatią stanu krytycznego. Pod koniec lipca 2019 r. chory przekazany z Niemiec do SCCS w Zabrzu na I Oddział

Kardiologii, a następnie na Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej celem dalszego usprawniania. W wykonanym badaniu echokardiograficznym stwierdzono obraz kardiomiopatii niedokrwiennej z dużego stopnia upośledzeniem funkcji skurczowej lewej komory serca oraz ciężką niedomykalnością zastawki mitralnej. W dniu przyjęcia chory w pełnym kontakcie logicznym, słownym, z aktywnością ruchową ograniczoną do czynności w obrębie łóżka. W badaniu neurologicznym niedowład kkd, bardziej nasilony w kdp. Siła mięśniowa kkd od 2-3 w skali Lovetta. W ocenie stanu funkcjonalnego posiłkowano się zmodyfikowanym testem Motoricity Index, w którym pacjent uzyskał 390 punktów. Napięcie mięśniowe w kkg osłabione. Funkcje ręki w ocenie testem Jepsena zachowane. Na podstawie badań diagnostycznych wdrożono kompleksową rehabilitację kardiologiczno-neurologiczną modelem D. W 1-tygodniu fizjoterapia obejmowała ćw. oddechowe, ćw. kontroli centralnej met. PNF, neuromobilizację, pionizację pacjenta przy kozetce. W kolejnym tygodniu włączono naukę chodu w wysokim balkoniku, ćw. w odciegnięciu kkg, kinesioping oraz laser na bliznę na podudziu kdl. W wyniku poprawy stanu funkcjonalnego, zaobserwowano zwiększenie siły mięśniowej kkd oraz stabilizacji tułowia. Pacjent w końcowej ocenie testem Motoricity Index uzyskał 439 punktów. W 6 minutowym teście marszu wykonanym przy pomocy balkonika chory osiągnął dystans 63m. W trakcie hospitalizacji z uwagi na spadek parametrów morfologii krwi chory wymagał 2-krotnie przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych. Chorego w stanie poprawy przekazano na Oddział kierujący celem ustalenia dalszego leczenia.

3.

Czy stężenia apolipoprotein mogą być wcześniejszymi wskaźnikami postępu ryzyka sercowo-naczyniowego niż klasyczny lipidogram u mężczyzn z chorobą wieńcową - uczestników rehabilitacji kardiologicznej?

Autorzy:

dr Agnieszka Gołuchowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Sportowej, ul. Pomorska 251 92-213, Łódź

prof. dr hab. n. med Anna Jegier

Uniwersytet Medyczny w Łodzi Zakład Medycyny Sportowej, Pomorska 251, Łódź; Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Sportowej, Osrodek Rehabilitacji Diennej, Poradnia Prewencji Chorób Układu Krążenia i Metabolicznych CSK, ul. Pomorska 251, Łódź

Wstęp:

W piśmiennictwie dominuje pogląd, że klasyczne składowe lipidogramu są istotnymi czynnikami prognostycznymi rozwoju i postępu zmian miażdżycowych. U osób z chorobą wieńcową (CAD) uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej (CR), w ocenie postępu choroby uwzględnia się wskaźniki wydolnościowo-kardiologiczne i monitoruje leczenie hipolipemizujące.

Cel:

Ocena stężenia lipidów i apolipoprotein (apo) u mężczyzn z CAD uczestniczących w 8-tygodniowej dziennej CR.

Materiał i metody:

Badaniem objęto n=93 mężczyzn z CAD (średnia wieku 59,01±7,2 lat): 66 mężczyzn po PCI i 27 mężczyzn po CABG, którzy ukończyli program CR, składający się z 24 treningów fizycznych oraz edukacji zdrowotnej. Chorych badano dwukrotnie w odstępie 2 miesięcy: w czasie kwalifikacji (badanie 1) i po ukończeniu CR (badanie 2). Kryteria włączenia do badania obejmowały brak zmian w farmakoterapii. U wszystkich oceniono składowe klasycznego lipidogramu - stężenia: cholesterolu całkowitego (TC), cholesterolu lipoprotein o niskiej gęstości (LDL-C), cholesterolu lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL-C) i triglicerydów (TG), poszerzone o oznaczenie stężeń apo: A-I, B, E, stężenia VLDL i wskaźnika apo B/apo A-I. Badanych mężczyzn charakteryzowano również pod kątem wskaźników hemodynamicznych ocenianych w próbie wysiłkowej, podczas 1 i 2 badania, w spoczynku i na szczycie najwyższego obciążenia pracą, oznaczając: najwyższe obciążenie wysiłkowe dobrze tolerowane (Wpeak), częstość skurczów serca (HR), skurczowe i rozkurczowe ciśnienie tętnicze krwi (SBP, DBP) i produkt podwójny (DP). Klasyczny lipidogram oznaczano metodą kolorymetryczną przy użyciu odczynników firmy Comay. Diagnostykę stężeń apo: A-I, B i E oraz VLDL i LDL wykonano metodą immunoenzymatyczną za pomocą testów ELISA.

Wyniki badań:

Bez względu na rodzaj zastosowanej interwencji kardiologicznej nie uzyskano zmian wartości stężenia HDL-C, LDL-C, TG i VLDL (p>0,05) u uczestników CR. Odnotowano natomiast istotnie statystycznie większe stężenie TC, które było wyższe w grupie po CABG niż po PCI (p=0,0158). U mężczyzn po PCI obserwowano redukcję stężenia apo A-I (p=0,0254) i wzrost wskaźnika apo B/apo A-I (p=0,0329). Bez względu na rodzaj zastosowanej interwencji kardiologicznej, po 8 tygodniach CR obserwowano istotny statystycznie wzrost Wpeak (p=0,0000 w obu grupach) i DP (p=0,0000 w grupie po PCI i p=0,003 w grupie po CABG).

Wnioski:

Ośmiotygodniowe uczestnictwo w CR z jednoczesną farmakoterapią nie wpłynęło na składowe klasycznego lipidogramu u mężczyzn z CAD. W tym samym czasie obserwowano niekorzystny kierunek zmian stężenia apo A-I i wskaźnika apo B/apo A-I. Stężenie apo A-I i wskaźnik apo B/apo A-I mogą być wcześniejszymi i bardziej czułymi wskaźnikami postępu ryzyka sercowo-naczyniowego niż składowe klasycznego lipidogramu. Program CR wymaga intensyfikacji terapii hipolipemizującej i edukacji na temat modyfikacji stylu życia. Wyniki wskazują na potrzebę kontynuacji programu powyżej 8 tygodni gwarantowanych przez NFZ.



4.

Wpływ ryzyka występowania upadków na kinezyfobię w grupie pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego.

Autorzy:

mgr Martyna Kluszczyńska, dr hab. Agnieszka Młynarska
Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Ziłowa 45/47, Katowice
dr Andrzej Knapik
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Adaptowanej Aktywności Fizycznej i Sportu Katedry Fizjoterapii, ul. Medyków 8, Katowice

Wstęp:

Rehabilitacja kardiologiczna jest kompleksowym działaniem mającym na celu poprawę jakości życia pacjenta po zabiegu, prewencję chorób sercowo-naczyniowych oraz polepszenie sprawności fizycznej.

Cel pracy:

Celem pracy była ocena wpływu ryzyka występowania upadków na kinezyfobię w grupie pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego.

Materiał i metody:

Do badania włączono 108 pacjentów (32 kobiety i 76 mężczyzn) powyżej 60 roku życia. Średni wiek kobiet wynosił 70,8, a mężczyzn 69,7 lat. U wszystkich chorych przeprowadzono kwestionariusz oceniający poziom kinezyfobii wg Tampa oraz skalę ryzyka występowania upadków- Tinetti.

Wyniki:

Kinezyfobia została rozpoznana u 101 osób (93,5%). Wysokie ryzyko upadków w tej grupie wystąpiło u 19,4% chorych, a średnie u prawie 7 z respondentów (71,3%). Tylko 3 osoby nie były zagrożone ryzykiem upadku. Ponad połowa pacjentów (56,5%) przyznała, iż odczuwają lęk przed aktywnością, ponieważ twierdzą, że może im zaszkodzić, a 73,14 % uważa, że aktywność osób z chorobami serca jest niebezpieczna.

Zaobserwowano istotną statystycznie korelację pomiędzy zwiększonym ryzykiem upadków a występowaniem kinezyfobii ($r=-0,1979$, $p=0,040$). Szczegóły przedstawia rycina 1.

Ryc. 1 Korelacja między skalą Tampa a skalą Tinetti

Wnioski:

Pacjenci po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego są narażeni na występowanie upadków. Zaobserwowano zależność pomiędzy zwiększonym ryzykiem upadków a występowaniem kinezyfobii u pacjentów po pomostowaniu aortalno-wieńcowym. Słowa klucz: upadki, kinezyfobia, rehabilitacja, pomostowanie aortalno-wieńcowe.

5.

Porównanie poziomu aktywności fizycznej oraz jakości życia u pacjentów z adekwatnymi i nieadekwatnymi wyładowaniami wysokoenergetycznymi urządzeń z funkcją defibrylacji.

Autorzy:

mgr Natasza Krauze
I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Banacha 1a, Warszawa
Ilona Kowalik
Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa
dr hab. n. med. Maciej Sterliński
Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa
dr n. med. Renata Głowczyńska
I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Banacha 1a, Warszawa

Cel badania:

Porównanie poziomu aktywności fizycznej, depresji i lęku oraz jakości życia u pacjentów, którzy doświadczyli wysokoenergetycznych adekwatnych bądź nieadekwatnych interwencji urządzeń z funkcją defibrylacji.

Materiał i metody:

Do badania włączonych zostało 111 chorych z niewydolnością serca, w wieku od 25 do 91 lat (śr. 61 lat), z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD) lub stymulatorem serca z funkcją defibrylacji (CRT-D). Badani zostali podzieleni na 3 grupy: BEZ - pacjenci, którzy nigdy nie doświadczyli żadnego wyładowania (54 osoby), ADE - pacjenci, którzy doświadczyli minimum 1 wyładowania adekwatnego (43 osoby), NADE - pacjenci, którzy doświadczyli minimum 1 wyładowania nieadekwatnego (14 osób). Badane grupy nie różniły się pod względem demograficznym. Oceniano: poziom aktywności fizycznej kwestionariuszem IPAQ, jakości życia kwestionariuszem NHP oraz poziom depresji Skalą Depresji Becka i lęku skalą analogową.

Wyniki:

Pacjenci z grupy ADE zdecydowanie częściej ograniczali aktywność fizyczną z powodu lęku przed wyładowaniem niż ci z grupy NADE, w porównaniu do grupy BEZ (67,4% vs 35,9%, $p=0,002$; 50% vs 35,9%, $p=0,33$). Zdecydowanie więcej badanych z grupy ADE deklaruje mniejszą aktywność fizyczną po wszczepieniu niż tych z grupy NADE, w porównaniu do chorych z grupy BEZ (65,1% vs 39,6%, $p=0,013$; 42,9% vs 39,6%, $p=0,83$). Badani z grupy ADE wykazują zdecydowanie mniejszą umiarkowaną aktywność fizyczną niż ci z grupy NADE ($p=0,0009$). U pacjentów z grupy ADE znacznie częściej występują zaburzenia snu (51 vs 12,6 $p=0,03$; 17,5 vs 12,6 $p=0,05$) oraz ograniczenia ruchowe (30,7 vs 11,4 $p=0,003$; 26,3 vs 11,4 $p<0,05$) niż u badanych z grupy NADE, w porównaniu do grupy BEZ. Mają też oni częściej problem z wykonywaniem prac domowych (60,5% vs 35,2%, $p=0,01$; 50% vs 35,2%, $p=0,31$). Poziom lęku istotnie różnił się w badanych grupach, u chorych z grup ADE i NADE był znacząco większy niż w grupie BEZ (6 vs 5,5 vs 0, $p=0,0018$). U pacjentów z grupy ADE i NADE zaobserwowano występowanie łagodnych objawów depresyjnych, w przeciwieństwie do chorych, którzy nie doświadczyli interwencji

wysokoenergetycznych, natomiast równica ta okazała się nieistotna statystycznie (12,5 vs 12,1 vs 9,1 $p=0,08$)

Wnioski:

Doświadczenie jakiegokolwiek wyładowania zwiększa znacząco poziom lęku. Typ wyładowania ma wpływ na podejmowanie aktywności fizycznej jak i jej poziom. Jakość życia różni się u pacjentów z różnymi rodzajami interwencji wysokoenergetycznych. Występowanie objawów depresyjnych nie ma związku z typem wyładowań.

6.

Ocena zawartości tkanki tłuszczowej mierzonej różnymi metodami u mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca.

Autorzy:

mgr Kamila Musiał
Zakład Medycyny Sportowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Pomorska 251, Łódź
mgr Grzegorz Polakowski
Zakład Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny, Żeligowskiego 7/9, Łódź
dr Anna Lipert
Zakład Medycyny Sportowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Pomorska 251, Łódź
prof. dr hab. n. med. Anna Jegier
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Medycyny Sportowej, Ośrodek Rehabilitacji Diennej, Poradnia Prewencji Chorób Układu Krążenia i Metabolicznych CSK, ul. Pomorska 251, Łódź

Wstęp:

Jednym z elementów oceny stanu zdrowia osób z chorobami serca i naczyń jest pomiar masy ciała i zawartości tkanki tłuszczowej. W piśmiennictwie brakuje jednej, optymalnej, rekomendowanej przez towarzystwa naukowe metody do oceny zawartości tkanki tłuszczowej.

Celem badania było porównanie pomiarów zawartości tkanki tłuszczowej z chorobą niedokrwienną serca metodą Durnina - Womersley'a oraz metodą bioimpedancji u mężczyzn w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK) w trybie dziennym.

Materiał i metody:

W badaniu wzięło udział 30 mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca uczestniczących w KRK. Średni wiek osób badanych wyniósł 58,17±10,31 lat. W badaniu zmierzono podstawowe wskaźniki antropometryczne: wysokość i masę ciała oraz zawartość tkanki tłuszczowej. Tkanka tłuszczowa została zmierzona dwukrotnie, w odstępie średnio 2,5 miesiąca: podczas kwalifikacji do KRK oraz po zakończeniu rehabilitacji. Zastosowano dwie metody pomiaru: metodę Durnina - Womersley'a z wyliczenia zawartości podskórnej tkanki tłuszczowej na podstawie pomiarów 4 fałdów skórno-tłuszczowych (biceps, triceps, nad talerzem kości biodrowej, pod łopatką) przy pomocy fałdomierza oraz metodę bioimpedancji z wykorzystaniem aparatu BODYSTAT 1500MDD.

Wyniki:

Średnia masa ciała badanych mężczyzn wyniosła 91,10±13,94kg podczas kwalifikacji do KRK oraz 90,68±12,5kg po jej zakończeniu ($p>0,05$). Średnia zawartość tkanki tłuszczowej mierzona metodą Durnina - Womersley'a oraz metodą bioimpedancji wyniosła podczas kwalifikacji odpowiednio 31,34±5,06% i 28,35±5,11% ($p<0,05$) oraz po zakończeniu rehabilitacji 31,21±4,98% i 29,98±4,96% ($p>0,05$).

Wnioski:

Analizując otrzymane wyniki widoczne są różnice w zawartości tkanki tłuszczowej w zależności od zastosowanej metody pomiaru. Zawartość tkanki tłuszczowej mierzona metodą bioimpedancji wykazuje tendencję do mniejszych wartości w porównaniu z klasyczną metodą Durnina - Womersley'a.

7.

Ocena funkcjonalna zmodyfikowanym Senior Fitness Test pacjentów uczestniczących w Programie KOS- Zawał poddanych stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Janusza Korczaka sp. z o.o. w Słupsku w roku 2019.

Autorzy:

lek. med. Damian Sendrowski, lek. med. Magdalena Wawrzynska-Rozenau, mgr Karolina Dobrzyńska, mgr Paulina Zalewska
Oddział Kardiologiczny, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Rehabilitacji Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Korczaka Sp. z o.o., Hubalczyków 1, Słupsk

W 2019r. włączono do Programu KOS-Zawał w WSzS im. Janusza Korczaka w Słupsku 173 chorych (33 % pacjentów z rozpoznaniem zawału mięśnia serca, 50% pacjentów leczonych interwencyjnie pierwotną PCI). Rehabilitację stacjonarną w 2019r. ukończyło 45 pacjentów KOS-Zawał.

Charakterystyka pacjentów:

1.średni wiek- 70,8 lat, mediana-71 lat, 2.średnia ilość dni kinezyterapii netto (bez wliczania dni wolnych)- 21,2 dnia, mediana 19 dni, 3. NSTEMI-71%/STEMI-29%, 4.EF ≤35%-29%, 5.rewaskularyzacja:przezskórna-78%/CABG-22%.

Kryteria dodatkowe Programu KOS-Zawał rehabilitacji stacjonarnej według grup NFZ:

1. Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass-10(22%).
2. EF>35% i klasa III wg skali NYHA- 5(11%).
3. Cukrzyca insulinozależna-7(16%).
4. stopnia wg skali Rankina-4(9%).
5. Szyfłkowa niewydolność nerek-3(7%).
6. Przewłękła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona-2(4%).
7. EF≤35%- 13 (29%).

8. Obecność protez zastawek serca-1(2%).

Stwierdzono wysoki wiek pacjentów kwalifikowanych do rehabilitacji stacjonarnej w ramach Programu KOS-Zawal. Rehabilitacja kardiologiczna w populacji geriatrycznej oprócz wydolności aerobowej może również poprawiać stabilizację, koordynację, wzmacniać siłę mięśniową, elastyczność, przez co wzrasta możliwość samoobsługi i zapobiegania upadkom. Wdrożono do oceny skuteczności interwencji zmodyfikowany w ośrodku słupskim – Senior Fitness Test (Fullerton Functional Fitness

Test R.E. Rikli i C.J. Jones, 1997r.:

1. Próba zginania przedramienia.
2. Próba drapania po plecach.
3. Wstawanie z krzesła w ciągu 30 sekund.
4. Próba siad i dosięgnięcie.
5. Próba 8 stóp – wstań i idź.
6. Test 6 minutowego marszu.

Wniosek:

W analizie danych zastosowano testy nieparametryczne, tj. testy t Studenta dla par wiązanych, wykonano szereg analiz regresji liniowej, analizę regresji logistycznej oraz analizę częstości z testem McNemara. Zaobserwowano istotną statystycznie poprawę w zakresie wyników testu METS, próby zginania, próby drapania, wstawania z krzesła, próby 8-stóp i testu 6MWT. Spośród wymienionych największą siłą efektu zaobserwowano w przypadku testu METS, najmniejszą- dla próby drapania. Natomiast wartości frakcji wyrzutowej lewej komory nie różniły się istotnie przed i po rehabilitacji. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie poprawy w zakresie próby siad i dosięgnięcie. Zaobserwowano, że dłuższa rehabilitacja (po skorygowaniu na podstawie wyników wyjściowych) jest związana z lepszym wynikiem przy wypisie dla: testu METS (wynik lepszy o 0,12 na każdy dodatkowy dzień rehabilitacji) i próby 8-stóp (wynik lepszy o 0,09 na każdy dodatkowy dzień rehabilitacji). Z kolei starszy wiek badanego (po skorygowaniu na podstawie wyników wyjściowych) jest związany z gorszym wynikiem przy wypisie dla próby wstawania z krzesła (wynik gorszy o 0,20 na każdy rok życia) oraz próby 8-stóp (wynik gorszy o 0,06 na każdy rok życia). Wiek i czas trwania rehabilitacji nie był natomiast istotnie powiązany z wynikami przy wypisie w przypadku pozostałych prób.

8.

Efekt rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów z zaburzeniami oddychania w czasie snu i schorzeniami układu sercowo-naczyniowego.**Autorzy:****mgr Michalina Stepanik**

Katedra i Klinika Rehabilitacji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

dr n. med. Danuta Loboda

Oddział Elektrokardiologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45/47 Katowice; Klinika Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Katedry Elektrokardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

mgr Agata Gołba

Katedra i Klinika Rehabilitacji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

mgr Monika Dzierżawa

Klinika Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Katedry Elektrokardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

lekarz Anna Szajerska-Kurasiewicz

Oddział Elektrokardiologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45/47, Katowice

dr hab. n. med. Jacek Durmała

Katedra i Klinika Rehabilitacji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

prof. dr hab. n. med Krzysztof Gołba

Oddział Elektrokardiologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45/47, Katowice; Klinika Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Katedry Elektrokardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ziołowa 45, Katowice

Wstęp:

Występowanie zaburzeń oddychania podczas snu (Sleep-Disordered Breathing, SDB) pod postacią obturacyjnego (Obstructive Sleep Apnea, OSA) lub centralnego (Central Sleep Apnea, CSA) bezdechu sennego u pacjentów ze schorzeniami układu krążenia zwiększa ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, arytmii oraz opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego i jest rokowniczo niekorzystnym zjawiskiem.

Celem badania była ocena wpływu rehabilitacji kardiologicznej na nasilenie SDB u pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego (Cardiovascular Diseases, CVD).

Materiał i metody:

Przebadano 137 pacjentów oddziałów rehabilitacji kardiologicznej w wieku 61,1 lat (SD±10,6), w tym 112 (81,75%) mężczyzn, z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia OSA ocenionym na podstawie wystandaryzowanych skal i kwestionariuszy ryzyka: kwestionariusza STOP-Bang (SB), kwestionariusza 4-V (4-Variable Screening Tool), skorygowanego obwodu szyi (Adjusted Neck Circumference, ANC), skali senności Epworth (Epworth Sleepiness Scale, ESS). Do badania włączono również pacjentów ze skurczową niewydolnością serca i frakcją wyrzutową lewej komory <40%, jako czynnikiem ryzyka wystąpienia CSA. Czas trwania rehabilitacji wynosił 21-25 dni. Efekt rehabilitacji oceniano za pomocą zmiany: maksymalnego obciążenia w próbie wysiłkowej wyrażonego w jednostkach metabolicznych (MET), maksymalnej uzyskanej częstości rytmu (Maximal Heart Rate, MHR), odsetka należnej dla wieku częstości rytmu (MHR%), dystansu w teście 6-cio minutowego marszu (6-Minute Walk Test, 6MWT). U 128 pacjentów przy przyjęciu i przy wypisie wykonano badanie polisomnograficzne typu III. Nasilenie SDB oceniano za pomocą wskaźnika bezdechów/spycheri oddychania na godzinę snu (Apnea/Hypopnea Index, AHI) zgodnie z zaleceniami American Academy of Sleep Medicine (AASM).

Wyniki poddano analizie statystycznej stosując oprogramowanie MedCalc wersja 19.0.3 (MedCalc, Belgium).

Wyniki:

Uzyskano wzrost MET: Δ ; 15; 95%CI 0,95-1,35; $p < 0,0001$; MHR: Δ ; 7,5 uderzeń/minutę; 95%CI

5-10; $p < 0,0001$ oraz MHR%: Δ ; 5%; 95%CI 3,5-7; $p < 0,0001$ i wydłużenie dystansu w 6MWT: Δ ; 88m; 95%CI 61-116; $p < 0,0001$. SDB rozpoznano u 107 (83,6%) pacjentów: u 31 (24,2%) umiarkowany z medianą AHI 20,0 (IQR 17,3-25,6) i u 35 (27,3%) ciężki z medianą AHI 46,2 (IQR 35,9-54,4). Dominował OSA (88,9% pacjentów). Równoległe do poprawy wydolności wysiłkowej uzyskano redukcję AHI w podgrupach z ciężkim i umiarkowanym bezdechem, odpowiednio (Δ); 10,8; 95%CI 4,4-16,8; $p = 0,0023$ i (Δ); 4,65; 95%CI 0,7-8,75; $p = 0,0230$. Poprawa była widoczna tylko w podgrupie rehabilitowanej z obciążeniem >100W.

Wnioski:

Cwiczenia fizyczne o dużym obciążeniu prowadzone w ramach rehabilitacji kardiologicznej skutkują wzrostem wydolności wysiłkowej oraz redukcją AHI u pacjentów z CVD oraz umiarkowanym lub ciężkim bezdechem sennym

Słowa kluczowe: zaburzenia oddychania podczas snu, schorzenia układu sercowo-naczyniowego, rehabilitacja kardiologiczna

9.

Stężenie mioglobiny a funkcja mięśni oddechowych u pacjentów z zaostrzoną niewydolnością serca.**Autorzy:****dr Kinga Węgrzynowska-Teodorczyk**

Katedra Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych, Akademia Wychowania Fizycznego Wrocław; Ośrodek Chorób Serca, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Weigla 5, Wrocław, Weigla 5 Wrocław

dr Monika Kasztura

Katedra Higieny Żywności i Ochrony Zdrowia Konsumenta, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, Norwida 31, Wrocław

mgr inż. Kamil Kobak

Samodzielna Pracownia Badań Układu Krążenia, Katedra Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Weigla 5, Wrocław

mgr Olga Kisiel

Ośrodek Chorób Serca, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Weigla 5, Wrocław

mgr Agnieszka Siennicka

Katedra Fizjologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, T. Chałubińskiego 10, Wrocław

dr n. med. Krystian Josiak

Katedra i Klinika Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Weigla 5, Wrocław

dr n. med. Robert Zymlński

Klinika Kardiologii, Ośrodek Chorób Serca, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Weigla 5, Wrocław;

Katedra i Klinika Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Weigla, Wrocław

prof. dr hab. n. med Waldemar Banasiak

Klinika Kardiologii, Ośrodek Chorób Serca, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Weigla 5, Wrocław

prof. dr hab. Marek Woźniowski

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Katedra Rehabilitacji Chorób Wewnętrznych, I. J. Paderewskiego 35, Wrocław

Wstęp:

W przebiegu ostrej niewydolności serca (ONS) dochodzi do zaburzeń perfuzji obwodowej, co może prowadzić do uszkodzenia narządów. Jak dotąd nie zbadano, czy ONS wpływa również na uszkodzenie mięśni szkieletowych i oddechowych, wywołując ich dysfunkcje.

Celem badań była ocena zależności pomiędzy stężeniem uwalnianej do krwi mioglobiny (wskaźnik uszkodzenia miocytów) a funkcją mięśni oddechowych i utlenowaniem mięśni szkieletowych w okresie ONS.

Materiał i metody:

Do badań włączono 30 mężczyzn hospitalizowanych z powodu zaostrzenia NS. Średni wiek badanych wynosił 66±11 lat (LVEF 30%, NYHA III 49%, NYHA IV 51%, NT-proBNP Me: 5557 pg/ml). Stężenie mioglobiny w surowicy krwi zmierzono testem ELISA. Miejscowe utlenowanie tkanki (TOI) mięśnia czworogłowego uda oceniono metodą spektroskopii bliskiej podczerwieni. Siłę mięśni oddechowych określono dokonując pomiaru maksymalnego ciśnienia wdechowego (MIP) oraz wydechowego (MEP).

Wyniki:

Poziom mioglobiny oceniony w 2 dobie hospitalizacji wynosił Me: 10,4 ng/ml (5,8-13,9).

Wykazano zależność pomiędzy poziomem mioglobiny a: TOI : $r = -0,41$; MIP: $r = -0,67$; MEP: $r = -0,75$.

Wnioski:

Wyższy poziom mioglobiny obserwowany we krwi wiąże się z gorszym utlenowaniem mięśni szkieletowych oraz mniejszą siłą mięśni oddechowych, co może świadczyć o uszkodzeniu miocytów podczas epizodu ONS.

10.

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i zaburzenia erekcji u mężczyzn z rodzinnym występowaniem chorób układu sercowo-naczyniowego.

Autorzy:

dr hab. n. med. Dariusz Kałka

Pracownia Kardioseksuologii i Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Marcinkowskiego 1 Wrocław; Centrum Zdrowia Mężczyzny, Saperów, Wrocław

mgr Joanna Wojcieszczyk

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, al. Ignacego Jana Paderewskiego 35, Wrocław

Pani Jana Gebala

Studenckie Koło Naukowe Kardioseksuologii, Pracownia Kardioseksuologii Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Marcinkowskiego, Wrocław; Centrum Zdrowia Mężczyzny, Saperów, Wrocław

lek. med. Krzysztof Womperski

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego MSW w Głuchołazach, Karłowicza Głuchołazy

mgr Dubert Katarzyna

Centrum Prewencji i Rehabilitacji Kardiologicznej CREATOR, Lotnicza Wrocław
lek. med. Maciej Womperski

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. Wrocław, Kraszewskiego, Wrocław

Pani Ewa Szuster

Studenckie Koło Naukowe Kardioseksuologii, Pracownia Kardioseksuologii Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Marcinkowskiego, Wrocław

Pani Paulina Kostrzewska

Studenckie Koło Naukowe Kardioseksuologii, Pracownia Kardioseksuologii Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Marcinkowskiego, Wrocław

dr Lesław Rusiecki

Pracownia Kardioseksuologii Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Marcinkowskiego 1, Wrocław

Wstęp:

Choroby układu sercowo-naczyniowego (CVD: Cardiovascular Disease) mają wspólną patogenezę z zaburzeniami erekcji (ED: Erectile Dysfunction). Rodzinne występowanie CVD może wpływać na częstość występowania i natężenie ED u mężczyzn leczonych z powodu choroby wieńcowej.

Materiał i metody:

Badanie do którego zrekrutowano grupę 751 pacjentów (średni wiek 59,54±9,40) z chorobą wieńcową, poddanych leczeniu usprawniającemu w pięciu ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej. Do badań wykorzystano ankietę własną, która obejmowała wywiad dotyczący występowania u członków rodziny CVD do których zaliczono chorobę wieńcową (w tym przebiecie ostrego zespołu wieńcowego i/lub przeszłomiejscowej plastyki tętnic wieńcowych i/lub implantacji pomostów aortalno-wieńcowych) oraz udar mózgu i miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Poza tym ankietą zawierała pytania o obecność u chorych klasycznych czynników ryzyka, których obecność potwierdzano dodatkowo przez analizę dokumentacji medycznej chorych. Obecność zaburzeń erekcji i ich natężenie oceniano za pomocą skróconego kwestionariusza IIEF-5. Zaburzenia erekcji rozpoznawano jeśli w kwestionariuszu łączna liczba punktów wynosiła ≤21.

Wyniki badań:

W analizowanej grupie zaburzenia erekcji wystąpiły u 568 (75,63%) chorych. Z tego u 22,71% ciężkie, u 13,2% średnio-ciężkie, u 32,04% umiarkowane i u 32,04% łagodne ED. CVD występowały u 51,93% członków rodzin mężczyzn należących do grupy badanej (u 47,00% rodziców, u 33,95% ojców, u 22,10% matek i u 12,19% rodzeństwa). Spośród klasycznych czynników ryzyka 76,56% chorych dotkniętych było nadciśnieniem tętniczym, 29,69% cukrzycą, 60,85% miało zaburzenia lipidowe, 79,76% paliło tytoń, u 79,76% stwierdzono nadwagę/otyłość i u 90,68% siedzący tryb życia (wydatek na prozdrowotną aktywność ruchową <1000 kcal/tydzień). Obecność CVD w rodzinach analizowanych chorych nie wiązała się istotnie statystycznie z obecnością u nich zaburzeń erekcji. Natomiast punktacja z kwestionariusza IIEF-5 była istotnie wyższa u chorych, u których CVD występowała zarówno w rodzinie (17 dolny-górny kwartył 12-22 vs 15 dolny-górny kwartył 9-21, p=0,0046) jak i u rodziców (17 dolny-górny kwartył 12-22 vs 15 dolny-górny kwartył 10-21, p=0,0019). Obecność w rodzinie CVD wiązała się z istotnie częstszym występowaniem u chorych z grupy badanej nadciśnienia tętniczego (p<0,0001), palenia tytoniu (p=0,0050) i hiperlipidemii (p=0,0041) oraz istotnie niższą częstością występowania siedzącego trybu życia (p=0,0406). Obecność u rodziców CVD wiązała się z istotnie częstszym występowaniem u chorych z grupy badanej nadciśnienia tętniczego (p<0,0001), palenia tytoniu (p=0,0065) i hiperlipidemii (p=0,0031) oraz istotnie niższą częstością występowania siedzącego trybu życia (p=0,0158).

Wnioski:

Rodzinne występowanie CVD u mężczyzn wiąże się z lepszą jakością erekcji. Efekt ten występuje pomimo istotnie częstszego występowania u tych mężczyzn czynników ryzyka sercowo-naczyniowego takich jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia i palenie tytoniu i może być związany z protekcyjnym działaniem na zdrowie seksualne prozdrowotnej aktywności ruchowej.

11.

Ocena ryzyka upadków pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej.

Autorzy:

dr Lidia Lepska

Gdański Uniwersytet Medyczny Klinika Rehabilitacji, Zwycięstwa 30, Gdańsk

mgr Karolina Szewczyk

lekarz Dominika Szklarska, dr hab. n. med. Dominika Szalewska

Katedra i Klinika Rehabilitacji, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, Gdańsk

Celem pracy była ocena czynników ryzyka wystąpienia upadków u pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej.

Materiał i metody:

Przebadano 31 pacjentów o średniej wieku 74 lat, w tym 13 kobiet i 18 mężczyzn. Byli to pacjenci przebywający na rehabilitacji kardiologicznej w warunkach oddziału stacjonarnego Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Badanie ankietowe, w formie autorskiej анкеты, przeprowadzono w całej grupie badanej. Dodatkowo przeprowadzono ocenę ryzyka upadków testem Tinetti POMA. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 23. Wykonano analizy podstawowych statystyk opisowych z testem Kolmogorowa-Smirnowa, testy t Studenta oraz analizy korelacji ze współczynnikiem r Pearsona. Za poziom istotności uznano klasyczny próg α = 0,05. Wyniki: U 55% osób badanych wystąpił upadek w ciągu ostatniego roku. W badaniu odnotowano upadek u 62% kobiet i 50% mężczyzn. W czasie ostatniego roku 50% badanych nie była aktywna fizycznie. W oparciu o test Tinetti, 7 pacjentów zaliczono do grupy wysokiego ryzyka upadków, 18 pacjentów do grupy umiarkowanego ryzyka upadków, a 6 do grupy niskiego ryzyka. Wartości liczbowe testu Tinetti starszych pacjentów były skorelowane statystycznie ujemnie z ryzykiem upadków.

Wnioski:

Stwierdzono, że wraz z wiekiem wzrasta ryzyko upadku u pacjentów kardiologicznych. Kobiety są bardziej narażone na upadki. Nie wykazano wpływu choroby podstawowej i chorób współistniejących na wyniki testu Tinetti'ego.

12.

Czy wczesne uruchamianie po zabiegach kardiologicznych poprawia równowagę i zmniejsza ryzyko upadków?

Autorzy:

prof. nadzw. Edyta Smolis-Bąk, dr Anna Mierzyńska, mgr Grzegorz Skorupski, mgr Łukasz Lasecki,

mgr Magdalena Furmanek, mgr Kamil Szczepaniak, mgr Katarzyna Dobrogost, mgr Jerzy Osak

Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

prof. dr hab. n. med. Mariusz Kuśmierczyk

Klinika Kardiologii i Transplantologii, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

Wstęp:

Współczesne metody leczenia chirurgicznego są nastawione na zmniejszenie do niezbędnego minimum czasu unieruchomienia, zwłaszcza w pozycji leżącej. Jego następstwa fizjologiczne przejawiają się na wielu poziomach w różnych układach (np. kostry, mięśniowo-stawowy, krążenia, oddechowy) ciała i pojawiają się już od pierwszej doby od unieruchomienia. Ogromną wagę przykłada się więc do jak najwcześniejszego podjęcia działań fizjoterapeutycznych, mających uchronić pacjenta przed negatywnymi skutkami długotrwałego przebywania w pozycji leżącej.

Cel:

Ocena wpływu wczesnej fizjoterapii na zmniejszenie ryzyka upadków u pacjentów po zabiegach kardiologicznych.

Metody:

Do badania włączono 94 chorych (14,9% K i 85,1% M), w wieku od 18 do 86 lat (śr. 58,65 ± 13,36), śr. BMI 28,41 ± 4,24. Do najczęstszych chorób towarzyszących badanej grupie należały: cukrzyca 23%, nadciśnienie 57,4%, udar 8,5%, choroby układu oddechowego 3,2%. U wszystkich pacjentów oceniano ryzyko upadku przy pomocy urzędowego fall skip dwukrotnie: w pierwszym dniu przemieszczania się po oddziale: 2-5 doba (śr. 3,2 ± 2,74 doba) oraz w dniu wypisu z oddziału (ok. 7-8 doby). W badaniu analizowano następujące parametry: 1. postural balance - utrzymanie przez badanego pozycji stojącej przez 30 sek., 2. reaction time - rozpoczęcie marszu po usłyszeniu sygnału dźwiękowego, 3. gait analysis - przejście 3 metrów, 4. muscular strength of lower limbs - zatrzymanie się, wykonanie obrotu o 180 stopni, siad na krześle, wstanie z krzesła, 5. gait analysis - przejście 3 m. 6. total time - czas wykonania całego zadania. Na podstawie powyższych danych wyliczono fall risk. Od doby 0 po zabiegu pacjenci byli poddawani standardowemu postępowaniu (ćwiczenia oddechowe, pomoc w ewakuacji wydzielin z drzewa oskrzelowego, oklepywanie, efektywne kaszel, ćwiczenia przeciwwzakrzepowe, pionizacja bierna, czynna, ćwiczenia czynne, równoważne, koordynacyjne, spacer, chodzenie po schodach).

Wyniki:

Po rehabilitacji uzyskano istotną poprawę we wszystkich parametrach: balance [%] 74,83±17,83 vs 78,70±17,41 (p<0,004), gait [%] 76,05±17,72 vs 90,48±12,61 (p<0,000), time reaction [%] 73,27±20,74 vs 84,81±13,04 (p<0,000), sit&stand [%] 71,18±16,46 vs 76,15±18,11 (p<0,003), total time [sek] 15,85±4,74 vs 12,63±2,70 (p<0,000), total time [%] 66,15±22,98 vs 83,64±15,19 (p<0,000). W 1 - szym badaniu 48,9% chorych miało umiarkowane lub wysokie ryzyko upadku, w 2-gim tylko 20,2%. 57,4% osób zmieniło kategorię ryzyka upadku na niższą. Badanym podzielono ze względu na wiek (grupa młodsza ≤60 lat i starsza >61 lat), zastosowanie lub nie krążenia pozaustrojowego oraz wskaźnik BMI (≤ 25 i >26). Wiek badanych nie miał istotnego wpływu na postęp po rehabilitacji. Istotnie większy postęp uzyskała grupa operowana w krążeniu pozaustrojowym: change in total time bez ECB 9,21±11,92 vs ECB 21,37±22,61 (p<0,01) oraz grupa z wartością wskaźnika BMI >26: change in total time BMI ≤ 25 7,47±13,91 vs BMI >26 19,76±21,49 (p<0,05).

Wnioski:

1. Wczesne wprowadzenie fizjoterapii wpływa korzystnie na zmniejszenie zaburzeń równowagi i ryzyko upadków u pacjentów po zabiegach kardiologicznych.
2. Istotnie większe postępy można zaobserwować u osób operowanych w krążeniu pozaustrojowym i z nadwagą otyłością.
3. Niezbędne wydaje się wprowadzanie ćwiczeń równoważnych i koordynacyjnych w tej grupie chorych.



13.

Ocena wpływu regularnej, kontrolowanej aktywności fizycznej na występowanie czynników ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych w populacji studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.**Autorzy:****dr Anna Sobianek**Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Współautorzy:**dr n. med. Maciej Janiszewski**

Zakład Nowyrodolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Dłużniowski

Klinika Chorób Serca CMKP, Śródmiejskie Centrum Kliniczne, Mazowiecki Szpital Bródnowski

Wstęp:

W związku z postępowaniem cywilizacyjnym wzrasta zagrożenie chorobami spowodowanymi bezruchem, otyłością i nieprawidłową dietą. Staje się to istotnym problemem współczesnej opieki zdrowotnej, gdyż stany te wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, zaburzeń gospodarki lipidowej, schorzeń układu ruchu, obniżenia jakości życia. Badania dowodzą, że wiele kobiet, niezależnie od wieku, cechuje mniejsza aktywność fizyczna niż mężczyzn. Z tego powodu dorosłe kobiety są bardziej narażone na nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej przy zachowaniu prawidłowej masy ciała. Biorąc pod uwagę jak ważną rolę w promocji zdrowia mogą odgrywać osoby zawodowo związane z opieką zdrowotną, jak i podatność ludzi młodych na kształtowanie u nich odpowiednich postaw utrzymujących się przez dalszą część życia, podjęto próbę oceny wpływu regularnej, kontrolowanej aktywności fizycznej na występowanie czynników ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych w populacji studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Cel:

Ocena wpływu regularnej, kontrolowanej aktywności fizycznej na masę oraz skład ciała, obwód poszczególnych części ciała (talia, biodra), ciśnienie tętnicze krwi, wydolność fizyczną u studentek Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Materiał i metody:

Do badania zakwalifikowano 90 studentek. Badane spełniały kryteria włączenia do badania (BMI ≥ 25 lub procentowa zawartość tkanki tłuszczowej $\geq 30\%$ lub niska wydolność, wskaźnik próby Ruffiera ≥ 10 , wiek: 19-25 lat, płeć: kobiety). Zostały losowo przydzielone do grupy ćwiczącej pod nadzorem ($n=44$), gdzie przez 10 tygodni brały udział w grupowych zajęciach ruchowych prowadzonych przez instruktora oraz do grupy ćwiczącej bez nadzoru ($n=46$), której uczestnicy przez 10 tygodni samodzielnie wykonywali ćwiczenia w domu według wcześniej udzielonego instruktażu. Metody oceny parametrów antropometrycznych: Wysokość oraz masa ciała, BMI, pomiar komponentów masy ciała (analityczny TANITA BC-420S MA), obwód talii i bioder, wskaźnik WHR. Metody oceny parametrów czynnościowych: Pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna w spoczynku, Test Ruffiera.

Wyniki:

Masa ciała ogółu badanych zmniejszyła się o 1,03 kg \pm 3,64 kg ($p=0,018$). Natomiast masa ciała badanych z grupy ćwiczącej pod nadzorem zmniejszyła się średnio o 1,73 kg \pm 4,77 kg ($p=0,021$), a grupy ćwiczącej bez nadzoru zmniejszyła się średnio o 0,37 kg \pm 1,89 kg ($p=0,008$). Zmniejszeniu uległa również zawartość tkanki tłuszczowej u ogółu badanych średnio o 1,39% \pm 4,73% ($p=0,001$). W grupie ćwiczącej pod nadzorem zawartość tkanki tłuszczowej zmniejszyła się średnio o 1,77% \pm 6,09% ($p=0,014$), a w grupie ćwiczącej bez nadzoru średnio o 1,03% \pm 2,91% ($p=0,038$). Poziom tkanki tłuszczowej trzewnej istotnie zmniejszył się tylko w grupie ćwiczącej pod nadzorem ($p=0,035$). Istotnie zmniejszył się również współczynnik WHR zarówno w grupie ćwiczącej pod nadzorem ($p=0,010$), jak i ćwiczącej bez nadzoru ($p<0,001$). Wydolność określana za pomocą wskaźnika IR poprawiła się. Średnia wartość wskaźnika IR była niższa w pomiarze po ćwiczeniach o ogółu badanych kobiet o 1,99 ($p<0,001$), zmniejszyła się także w grupie ćwiczącej pod nadzorem o 2,54 ($p<0,001$), jak i w grupie ćwiczącej bez nadzoru o 1,45 ($p<0,001$). Średnia wartość tętna spoczynkowego istotnie zmniejszyła się tylko w grupie ćwiczącej pod nadzorem o 0,343 ($p=0,013$). Dla ogółu badanych kobiet wykazano obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy pomiarem przed i po serii treningów dla ciśnienia skurczowego w spoczynku ($p<0,001$), dla ciśnienia rozkurczowego w spoczynku ($p<0,001$). Wartości te były niższe w pomiarze po zakończonej serii treningów, kolejno o 5,67 mmHg (4,6% wartości początkowej) dla ciśnienia skurczowego w spoczynku oraz o 4 mmHg (5,2% wartości początkowej) dla ciśnienia rozkurczowego w spoczynku. Ponadto wykazano obecność istotnych statystycznie, dodatnich korelacji pomiędzy, zmianą masy ciała a tętnem w spoczynku ($R=0,22$), zmianą masy ciała a zmianą wartości wskaźnika IR pomiędzy pomiarem przed i po serii treningów ($R=0,32$), zmianą masy ciała a zmianą wartości wskaźnika IR pomiędzy pomiarem przed i po serii treningów ($R=0,32$), zmianą procentowej zawartości tkanki tłuszczowej a zmianą wartości wskaźnika IR pomiędzy pomiarem przed i po serii treningów ($R=0,30$).

Wnioski:

1. Regularna, kontrolowana aktywność fizyczna wpływa nie tylko na zmniejszenie masy ciała, ale również na zmniejszenie zawartości tkanki tłuszczowej w tym przede wszystkim tkanki tłuszczowej trzewnej oraz wskaźnika WHR.
2. Regularna, kontrolowana aktywność fizyczna skutkuje poprawą adaptacji układu krążenia do wysiłku fizycznego, wyrażoną niższą wartością wskaźnika IR oraz redukcją tętna i ciśnienia krwi w spoczynku.
3. Regularny trening wykonywany samodzielnie przynosi takie same korzyści w zakresie zmniejszenia masy ciała i zawartości tkanki tłuszczowej, jak trening prowadzony pod nadzorem instruktora.
4. Regularny trening wykonywany pod nadzorem instruktora przynosi większą poprawę w zakresie wydolności fizycznej.
5. Regularna, kontrolowana aktywność fizyczna wpływa na zmniejszenie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi w spoczynku. 6. Spadek masy ciała i zmniejszenie zawartości tkanki tłuszczowej w wyniku regularnej aktywności fizycznej dodatnio koreluje z poprawą wydolności fizycznej.

14.

Ocena depresji u pacjentów po incydentach kardiologicznych uczestniczących w II etapie rehabilitacji.**Autorzy:****mgr Aleksandra Szulga****Pani Paulina Okrymowska, dr hab. Krystyna Rożek-Plechura**

AWF WROCLAW, Paderewskiego 35, Wrocław

Wstęp:

Na przestrzeni ostatnich lat nastąpił intensywny wzrost średniej długości życia, czego skutkiem jest rozwój chorób cywilizacyjnych XXI w., do których należą m.in. choroby układu krążenia (ChUK) oraz zespoły objawów depresyjnych w przebiegu chorób afektywnych, nazywane depresją. Jak wskazuje aktualny stan wiedzy, oba schorzenia występują w coraz to młodszych wiekach stawiając tym samym wyzwanie diagnostyczne i mając czynny wpływ na jakość życia oraz gospodarkę. Dostępne piśmiennictwo wykazuje, iż występowanie objawów depresji u pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową jest stosunkowo częstym zjawiskiem, które może również wpływać na pogorszenie jakości życia wraz z nawracającymi zdarzeniami sercowymi. Zmiany czynnościowe i behawioralne w połączeniu z depresją mogą oddziaływać na wyniki badań kardiologicznych. Dlatego celem przeprowadzonych badań była ocena zależności występowania depresji w aspekcie poziomu aktywności fizycznej osób po przebytym incydencie kardiologicznym uczestniczących w II etapie rehabilitacji kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym.

Materiał i metody badawcze:

Do badania włączono 35 osób w wieku 71,8 ($\pm 4,78$) - 12 kobiet i 23 mężczyzn po przebytym incydencie kardiologicznym, uczestniczących w (8-tygodniowym) ambulatoryjnym programie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku medycznym CREATOR na ul. Lotniczej we Wrocławiu. Program rehabilitacyjny składał się z kontrolowanego medycznie treningu interwałowego na cykloergometrach połączonego z prowadzonymi w grupie ćwiczeniami dynamicznymi z oporem na sali gimnastycznej. Intensywność treningu utrzymywano na poziomie 50-70% obciążenia maksymalnego ćwiczącego. Ponadto, wykorzystano ankietę osobową, Skalę Oceny Depresji Becka (BDI) oraz Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ (wersja skrócona). Ankieta osobowa wraz z kwestionariuszami zostały wypełniane samodzielnie przez pacjentów po zakończeniu programu rehabilitacji.

Wyniki:

Wykazano obecność epizodu depresyjnego o łagodnym nasileniu i 25,71% badanych, z czego kobiety częściej uzyskiwały wysokie wyniki BDI. Stwierdzono wysoką korelację wyniku BDI z wynikiem kwestionariusza IPAQ u obu płci. Wyniki testu Chi2 wskazują, że nie ma istotnego statystycznie związku pomiędzy zastosowanym leczeniem i przyjmowanymi lekami a interpretacją wyników uzyskanych w skali Becka

Wnioski:

Kobiety po incydencie kardiologicznym prowadzą w porównaniu z mężczyznami, mniej aktywny tryb życia, co zwiększa u nich nasilenie objawów depresji. W badaniu nie stwierdzono przypadków zaburzeń nastroju wśród pacjentów charakteryzujących się wysokim poziomem aktywności fizycznej zarówno u mężczyzn.

15.

Pacjent z ciężką pozawałową niewydolnością serca leczony mechanicznym wspomaganie krążenia, po 3 udarach i przeszczepie serca- wyzwanie dla fizjoterapeuty.**Autorzy:****Mgr Katarzyna Dobrogost, mgr Łukasz Lasecki, mgr Eliza Noszczak, prof. nadzw. Edyta Smolis-Bąk**

Klinika Choroby Wierćcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42 Warszawa

Jedną z metod leczenia skrajnej niewydolności serca jest wszczępienie mechanicznego wspomaganie komór (VAD). Terapię tę stosuje się jako pomost do przeszczepu serca lub jako leczenie docelowe. Długotrwałe mechaniczne wspomaganie krążenia niesie za sobą ryzyko powikłań neurologicznych, a do najczęstszych należą udary. 60-letni pacjent z ciężką pozawałową niewydolnością serca (EF=15%) po ostrym zespole wieńcowym NSTEMI powikłanym nagłym zatrzymaniem krążenia w mechanizmie migotania komór, trafił do Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej (06.06.2019). U pacjenta oprócz leczenia farmakologicznego, zastosowano kontrpulsację wewnątrzortną. W związku z pogarszającym się stanem chorego, w 7 dobie hospitalizacji, podjęto decyzję o wszczępieniu mechanicznego wspomaganie komór (BIVAD) jako pomostu do transplantacji serca. Powikłaniem zabiegu były 3 przebyte przez chorego udary (10.06., 19.06. i 23.06.2019) istotnie pogarszające jego stan funkcjonalny i dyskwalifikujące go z tego zabiegu. Podczas całej hospitalizacji prowadzono fizjoterapię: ćwiczenia przeciwzkrępowe, oddechowe, pionizację bierną, ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wspomagane kończyn górnich i dolnych. Dodatkowo włączono elementy metody PNF, z których zostały wykorzystane wzorce do odtwarzania prawidłowego ruchu w zajętych przez udary kończynach. Po 2 miesiącach rehabilitacji stan funkcjonalny chorego znacznie się poprawił, co wpłynęło na podjęcie decyzji o kwalifikacji do przeszczepu serca. Po przeszczepie (17.09.2019) do fizjoterapii włączono pionizację czynną z elementami metody NDT- Bobath. Stymulację mięśni stabilizujących tułów, mięśni głębokich i mięśni brzucha. Po 6- ciu miesięcznej rehabilitacji szpitalnej pacjent przechodził 5 metrów przy podpórcie czterokołowej. Po przebytych udarach została włączona rehabilitacja neurologiczna i kontynuowane były ćwiczenia fizjoterapii kardiologicznej w wyniku których uzyskano poprawę w wydolności i samodzielności pacjenta. Odzyskano funkcję podporową lewej kończyny dolnej oraz mobilność lewej kończyny górnej. Dzięki rehabilitacji poprawił się stan fizyczny pacjenta, co wpłynęło na możliwość zakwalifikowania go do przeszczepu serca.

16.

Fizjoterapia pacjenta po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego objętego programem KOS-zawał z obwodowym uszkodzeniem nerwu strzałkowego. Studium przypadku.

Autorzy:

dr n.k.f. Dagmara Gloc, lek. med. Zbigniew Bączek

I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, ul. Zdrojowa 6, Ustroń

Wprowadzenie:

Powikłania ze strony obwodowego układu nerwowego są istotnym aspektem klinicznym w przebiegu leczenia kardiologicznego. Uszkodzenie nerwu strzałkowego, to jedna z częściej występujących dysfunkcji nerwów, do której dochodzi z różnych przyczyn – zarówno w następstwie urazu mechanicznego lub ucisku, jak i w przebiegu różnych schorzeń.

Objawami porażenia nerwu strzałkowego są brak możliwości zginania grzbietowej stopy i palców, kośko-szpotaWE ustawienie stopy, chód brodzący, brak możliwości stania bądź chodu na piętach, zaburzenie czucia powierzchni grzbietowej stopy i palców. Przed rozpoczęciem fizjoterapii istotne jest ustalenie przyczyny porażenia nerwu strzałkowego oraz ocena stopnia jego uszkodzenia. Odpowiednie postępowanie usprawniające należy wprowadzić możliwie jak najszybciej. W leczeniu uszkodzonego nerwu strzałkowego stosuje się głównie elektrostymulację, zabiegi laserowe oraz ultradźwięki, ciepłolecznictwo, masaż, techniki pracy na powięzi czy kinezyterapię.

Opis przypadku:

74-letni mężczyzna po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (14.06.2019), po zawałe NSTEMI (29.05.2019), w ramach programu KOS-zawał, dodatkowo obciążony napadowym migotaniem przedsionków, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniem gospodarki lipidowej, zmianami zwyrodnieniowymi stawów barkowych został przyjęty do I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej 11.07.2019 roku w stanie klinicznym dobrym, tolerancją wysiłku w klasie NYHA II, frakcją wyrzutową lewej komory serca 55%,

z podejrzeniem pozabiegowego uszkodzenia prawego nerwu strzałkowego. Po wstępnych badaniach chory został zakwalifikowany do modelu „C” rehabilitacji, odbył 16 dni zabiegowych. Podczas pobytu poza standardowym programem rehabilitacji, z uwagi na istotny problem funkcjonalny (opadanie stopy) pacjentowi zalecono ćwiczenia kończyny dolnej, stretching, kinezylogię taping (aplikacja funkcjonalna) oraz magnetoterapię (w pozycji siedzącej). Celem fizjoterapii była poprawa zarówno sprawności funkcjonalnej w obrębie kończyny dolnej (poprawa funkcji chodu, wydłużenie dystansu marszu), jak również poprawa obiektywnego poziomu wydolności.

Przebieg rehabilitacji był istotnie niepowikłany, pacjent uzyskał poprawę w zakresie ruchu palców oraz stawu skokowego, zdecydowaną poprawę propriocepcji kończyny oraz polepszenie wzorca chodu. Pacjent został wypisany z obiektywną poprawą wydolności, z zaleceniami na temat dalszego postępowania rehabilitacyjnego w warunkach domowych, jak również ze skierowaniem do usprawniania w Oddziale Rehabilitacji Diennej, z którego skorzystał na początku 2020 roku.

Wnioski:

1. Rehabilitacja obejmująca ćwiczenia, stretching, kinezylogię taping, magnetoterapię ma pozytywny wpływ na stan funkcjonalny.
2. Rehabilitacja pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego wymaga od fizjoterapeutów wprowadzenia nie tylko standardowych działań rehabilitacyjnych, ale również stosowania alternatywnych metod z uwzględnieniem indywidualnych problemów funkcjonalnych (coraz częstsze uszkodzenia nerwów obwodowych kończyn górnych, dolnych, jako powikłania pooperacyjne).
3. Efektywność rehabilitacji powinna być utrwalona kontynuacją domowego programu usprawniania.

17.

Zespół stresu pourazowego (PTSD) u pacjenta po burzy elektrycznej – wyzwania oraz metody pracy psychoterapeutycznej.

Autorzy:

mgr Agnieszka Krauze, dr Anna Mierzyska

Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42 Warszawa

Wprowadzenie:

W przebiegu burzy elektrycznej dochodzi do licznych interwencji ICD, które są częstą przyczyną zaburzeń lękowo-depresyjnych o charakterze zespołu stresu pourazowego (PTSD). Objawy mogą mieć różny charakter zależnie od sytuacji pacjenta. Najczęściej mają postać natrętnych wspomnień traumaticznego zdarzenia oraz „flashbacków”. Mogą pojawiać się przerażające sny nawiązujące do urazu. Lęk i poczucie zagrożenia prowadzą do znacznego ograniczenia codziennej aktywności.

Opis przypadku:

Pacjent 41 l., z wywiadem przewlekłej niewydolności serca w przebiegu kardiomiopatii rozstrzeniowej (klasa NYHA II, LVEF 25%), po implantacji kardiowertera defibrylatora ICD 01/07/2016 w prewencji wtórnej. Leczony antyarytmicznie meksyletyną i metoprololem, po napadzie częstoskurczu komorowego VT oraz po burzy elektrycznej 16/09/2019. W trakcie hospitalizacji rozpoznano reakcję lękowo-depresyjną po licznych interwencjach ICD oraz włączono leczenie przeciwdepresyjne i anksjolityczne oraz objęto chorego opieką psychologiczną. Terapię prowadzono równocześnie na dwóch płaszczyznach - behawioralnej i poznawczej. Jej celem była zmiana sposobu myślenia („poznawczość”) i zachowania („behawiorizm”), które przyczyniają się do poprawy samopoczucia i radzenia sobie z następstwami traumy. Dodatkowym celem było zwiększanie świadomości pacjenta dotyczącej działania urządzenia oraz radzenia sobie ze stresem po zakończonej hospitalizacji. Chory relacjonował niepokój oraz poczucie zagrożenia. Odczuwał uporczywe myśli o śmierci i interwencjach ICD, obawy związane z rodziną i możliwością porażenia sobie z obecną sytuacją. Odczuwał silny lęk przed brakiem opieki i pozostawianiem samemu oraz poczucie utraty kontroli. Częściowe poczucie bezpieczeństwa dawała mu telemetria, której nie pozwalała odłączyć. W czasie terapii pacjent uczył się panowania nad fizjologicznymi objawami stresu, technik restrukturyzacji poznawczej (przeformułowań przekonań związanych z przeżytej traumą) oraz technik przedłużonej ekspozycji na bodźce zagrażające. W trakcie współpracy obserwowano stopniowe wygaszanie niepokojów oraz łagodzenie objawów depresyjnych, oraz zwiększającą się samodzielność i gotowość do udziału w procesie rehabilitacji.

Podsumowanie:

Intencje ICD stanowią częstą przyczynę zaburzeń funkcjonowania psychicznego pacjentów i wycofania z aktywności. Adekwatna psychoterapia oparta na strategiach poznawczo-behawioralnych umożliwia zaangażowanie w proces rehabilitacji i odzyskanie poczucia kontroli nad swoim życiem.

18.

Znaczenie Rehabilitacji Kardiologicznej w ramach programu KOS-zawał na przykładzie pacjenta po zawałe mięśnia sercowego powikłanego NZK.

Autorzy:

mgr Iwona Łagoda

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Klinika Chorób Wewnętrznych, al. Raclawickie 23 Lublin

lek. med. Katarzyna Janeczek-Gęca

dr n. med. Wojciech Kula, dr n. med. Grzegorz Sobieszek

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie, Klinika Chorób Wewnętrznych, al. Raclawickie 23 Lublin

dr hab. n. med. Lucyna Kapka-Skrzypczak

Pacjent 60-letni z zawałem STEMI śc. dolno-podstawnej, powikłanym NZK w mechanizmie VF w warunkach przedszpitalnych i wstrząsem kardiogenym. W koronarografii choroba wieńcowa trzynaczyniowa, wykonano PCI Cx z DES oraz PCI RCA z 2x DES. Chorego zakwalifikowano do PCI DIA w trybie planowym. W badaniu echokardiograficznym serca EF - 35 %. Pacjenta włączono do programu KOS-Zawał i skierowano do Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w ramach realizacji kolejnego II etapu programu. Po ocenie ryzyka i wydolności fizycznej oraz uzyskaniu wyniku 315m w teście 6-minutowego marszu zakwalifikowano do modelu C oraz ustalono indywidualny plan rehabilitacji, według którego pacjent wykonywał ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, ćwiczenia oddechowe, trening marszowy z przyborami oraz trening ciągły na cykloergometrze, jak również odbył terapię psychologiczną, poradę dietetyczną oraz edukację zdrowotną w celu profilaktyki i promocji zdrowia. Na zakończenie pobytu rehabilitacyjnego wykonano ponownie test 6-minutowy marszu uzyskując wynik 620m, w badaniu echokardiograficznym poprawa EF do 44%.

19.

Kardiomiopatia pęłogowa – od planowanego przeszczepu serca do pełnej regeneracji- wielowymiarowy proces rehabilitacji.

Autorzy:

mgr Eliza Noszczak, mgr Magdalena Furmanek, mgr Piotr Tróscianko, prof. nadzw. Edyta Smolis-Bąk

Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

Kardiomiopatia pęłogowa jest postacią kardiomiopatii rozstrzeniowej objawiającej się niewydolnością serca w ostatnim miesiącu ciąży lub w ciągu 5 miesięcy od porodu. Śmiertelność waha się od 7 do 50%, przy czym 50% zgonów przypada na pierwsze miesiące po rozpoznaniu. W 2% przypadków serce regeneruje się pod wpływem leczenia sztucznyimi komorami serca.

26 letnia pacjentka 4 dni po porodzie siłami natury, z objawami niewydolności serca została przyjęta do Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono schyłkową obukomorową niewydolność serca w klasie IV wg NYHA z uogólnionymi zaburzeniami kurczliwości z LVEF 10-15%. Pacjentka leczona była na oddziale farmakologicznie, prowadzona też była rehabilitacja oddechowa oraz przeciwzakrzepowa. Z powodu pogorszenia stanu, podjęto decyzję o wszczęciu kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP). Fizjoterapia była kontynuowana bez zmian - dodatkowo pacjentka była pionizowana czynnie z wspomaganym wspomaganie IABP. Po 4 dniach ze wskazań życiowych przy objawach wstrząsu założono wspomaganie ECMO A-V obwodowe. Rehabilitacja została dostosowana do stanu pacjentki (ćwiczenia p/zakrzepowe, oddechowe, mobilizacja powięziowa). Z powodu braku poprawy hemodynamicznej, po tygodniu wszczęto pacjentce zewnętrzne wspomaganie lewej komory serca, a po kilku dniach także prawej komory (BIVAD). Pacjentka została zakwalifikowana do pilnego przeszczepu serca (OHT). Do fizjoterapii włączono pionizację bierną oraz czynną oraz rozpoczęto treningi marszowe. Zmęczenie i postępy rehabilitacji były oceniane na podstawie skali Borga (0-10) oraz dystansu (m), a parametry pracy komór były na bieżąco monitorowane przez perfuzjonistę. Po miesiącu rehabilitacji dystans zmienił się z 20 m (7 pkt w skali Borga) do 500 m i zmęczenia (4 pkt). U pacjentki wykonywano dodatkowo terapię powięziową oraz plastrowanie dynamiczne z powodu bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa. W związku z problemami z wykrępieniem w komorach stanowiącym bezpośrednie zagrożenie udarem, zdecydowano o konieczności wszczęcia BIVAD i oczekiwania na OHT z wszczętą ponownie kontrapulsacją wewnątrzaoortalną. Pacjentka nadal była mobilizowana do aktywności poprzez ćwiczenia czynne oraz pionizację do pozycji stojącej z IABP. Po tygodniu zostało usunięte wspomaganie. W badaniu MRI serca stwierdzono obniżoną funkcję skurczową lewej komory z EF 35% oraz łagodną hipokinęzę prawej komory z EF 46% (NYHA III/III). Nie stwierdzono cech obrzęku/zapalenia, zawału ani włókienia mięśnia sercowego. Rehabilitacja na oddziale zachowawczym obejmowała trening marszowy, ćwiczenia czynne wolne z elementami treningu oporowego z elastycznymi taśmami. Z uwagi na poprawę kliniczną i funkcji serca, chora obecnie nie znajduje się liście pilnej do przeszczepu serca. Pacjentka po 4 miesiącach hospitalizacji i odseparowania od dziecka została wypisana do domu ze skierowaniem na dzienne oddział rehabilitacji kardiologicznej. Po tygodniu rozpoczęła treningi wytrzymałościowe na bieżni ruchomej i ogólnousprawniające

20.

Trening oporowy z Suspension Training System u pacjenta po OZW. Monitorować zapis EKG czy nie?

Autorzy:

mgr Piotr Paweł Trościanko

Klinika Choroby Wierścowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

dr Krzysztof Graff

Klinika Rehabilitacji, Instytut „Pomnik - Centrum Zrowia Dziecka”, Dzieci Polskich 20, Warszawa

mgr Ewa Zwierz, mgr Eliza Noszczak, prof. nadzw. Edyta Smolis-Bąk

Klinika Choroby Wierścowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

60-letni pacjent, po zawale serca STEM i ściany dolnej leczonym nieskuteczną próbą udrożnienia GZT, frakcją wyrzutową – 53% został zakwalifikowany do rehabilitacji kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym. W ramach rehabilitacji pacjent odbył 24 treningi wytrzymałościowe na cykloergometrze rowerowym oraz 19 treningów ogólnousprawniających z elementami ćwiczeń oporowych. Do treningu oporowego użyto taśm TRX, gdzie opór nadawany jest przez ciężar ciała osoby ćwiczącej. Opracowano autorski zestaw ćwiczeń dostosowany do tej grupy chorych. Przed przystąpieniem do rehabilitacji oraz po jej zakończeniu, u pacjenta wykonano próbę wysiłkową, 6 Minute Walk Test (6MWT) oraz testy stabilności posturalnej (PST) i ryzyka upadków (FRT) na platformie Biodex Balance System SD (BBS) firmy Biodex (USA). Wszystkie treningi były monitorowane teledygniecznie za pomocą aparatu EHO-MINI (Event Holter).

Po zakończeniu rehabilitacji wszystkie wskaźniki stabilności oceniane na platformie BBS uległy poprawie (Ø 0,3 pkt w statyce i Ø 0,4 pkt w dynamice). Największa wartość widoczna jest w teście FRT (z 5,2 do 1,2).

W pozostałych testach zanotowano poprawę wydolności fizycznej (tab. 1). W czasie treningów wytrzymałościowych wystąpiły pojedyncze komorowe zaburzenia rytmu, wstawki bigemunii komorowej, złożone dodatkowe pobudzenia komorowe (pary komorowe), a podczas treningu oporowego zaobserwowano dodatkowo złożone dodatkowe pobudzenia komorowe w postaci trójek komorowych.

Testy	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji
PST – platforma sztywna		
OSI	0,9	0,5
APSI	0,7	0,4
MLSI	0,4	0,2
PST – platforma ruchowa (4o niestabilności)		
OSI	2,5	1,9
APSI	1,6	1,3
MLSI	1,6	1,2
FRT – stopień niestabilności od 6 do 2	5,2	1,2
Próba wysiłkowa		
czas	08:31	10:01
max. obciążenie	150 W = ~ 7,3 MET	200 W = 9,4 MET
skala Borga	8/10	8/10
6MWT		
dystans	575 m	865 m
skala Borga	1/10	3/10
PST – Postural Stability Test FRT – Fall Risk Test OSI – Overall Stability Index APSI – Anterior Posterior Stability Index MLSI – Move Lateral Stability Index 6MWT – 6 Minute Walk Test		



Wnioski:

Trening oporowy z wykorzystaniem taśm TRX ma pozytywny wpływ na poprawę równowagi ciała oraz wydolności fizycznej u pacjenta po OZW. Zaburzenia rytmu pojawiające się podczas treningu pokazują, że ta forma treningu powinna być monitorowana teledygniecznie

21.

29-letni chory po operacji tętniaka rozwarstwiającego aorty, powikłanego niedokrwinnym udarem mózgu. Przebieg rehabilitacji – opis przypadku.

Autorzy:

mgr Mirosław Urban

Śląskie Centrum Chorób Serca, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Skłodowskiej - Curie 9, Zabrze

mgr Małgorzata Galon

mgr Michał Rau

Śląskie Centrum Chorób Serca Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Curie Skłodowskiej 21, Zabrze

lek. med. Jacek Sikora, lek. med. Jadwiga Obrebska

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej Śląskie Centrum Chorób Serca, M. Curie – Skłodowskiej, Zabrze

29-letni chory, po wykonanej ze wskazań życiowych operacji tętniaka rozwarstwiającego aorty, powikłanej udarem niedokrwinnym mózgu (2.08.2019 r.). Chorego przyjęto do Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej SCCS w dniu 2.09.2019 roku. W dniu przyjęcia chory w pełnym kontakcie logicznym, spełniający polecenia, poruszający się na krótkim dystansie przy pomocy balonika. Zdiagnozowano upośledzenie funkcji zgłęcia grzbietowego lewej stopy, poza tym siła mięśniowa kończyn górnych jak i kończyn dolnych oceniona na 4 w skali Lovetta. Chory miał trudności w porozumiewaniu się (mówił szeptem) z uwagi na uszkodzenie struny głosowej podczas intubacji. Na podstawie badań diagnostycznych wdrożono rehabilitację wg. modelu C, po konsultacji podjęto również rehabilitację w zakresie mowy (Logopeda). W dniu 5.09.2019 roku wykonano 6 MWT, w którym pacjent uzyskał 138 metrów. Fizjoterapia dodatkowo obejmowała ćwiczenia wg. koncepcji Bobath, ćwiczenia metodą PNF oraz neuromobilizację i plastowanie dynamiczne. W trakcie pobytu na oddziale, chory stopniowo wydłużał pokonywany dystans, zaobserwowano poprawę koordynacji oraz wzrost siły mięśniowej, a także lekką poprawę zgłęcia grzbietowego lewej stopy. Pod koniec pobytu, pacjent poruszał się bez balonika, pokonywał 2 piętra po schodach, a w teście 6 minutowym w dniu 4.10.2019 uzyskał 319 metrów. Chorego w 36 dobie wypisano do domu w stanie zadowolającym. Po miesiącu od wypisu ze szpitala, choremu wykonano zabieg rekonstrukcji struny głosowej z bardzo dobrym efektem.

22.

Specyfika fizjoterapii u pacjentki po operacji kardiochirurgicznej połączonej z mastektomią.

Autorzy:

mgr Ewa Zwierz, mgr Michał Bogucki, mgr Eliza Noszczak, mgr Piotr Trościanko,

prof. nadzw. Edyta Smolis-Bąk

Klinika Choroby Wierścowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii, Alpejska 42, Warszawa

Zwężenie zastawki aortalnej serca jest najczęściej występującą wadą zastawkową serca w krajach rozwiniętych. Jedną z metod leczenia jest zabieg operacyjny. 44-letnia pacjentka, z istotną wadą aortalną i rakiem inwazyjnym sutka lewego (stan po 6 cyklach chemioterapii neoadjuwantowej), po chemioradioterapii i radioterapii z powodu ziarnicy złośliwej w 1990r., z nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi, z otyłością (BMI 44), skoliozą i zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa została przyjęta do Instytutu Kardiologii, gdzie 30.10.2019r. wykonano jednoczasową operację kardiochirurgiczną wady aortalnej oraz mastektomię. Operacja miała charakter dwuetapowy: 1 etap - wszczęcie biologicznej protezy zastawkowej z ministernotomii pośredkowej górnej, 2 etap - usunięcie sutka lewego wraz z powięzią mięśnia piersiowego oraz zawartością lewego dołu pachowego. Rehabilitacja u tej pacjentki musiała połączyć działania usprawniające po zabiegu kardiochirurgicznym z terapią przeciwobrzękową po mastektomii. Specyficzne, asymetryczne ruchy kończyną górną (przeciwwskazane po sternotomii) musiały być zastosowane w terapii ułatwiającej odpływ chłonki. Dodatkowo do fizjoterapii włączono: drenaż limfatyczny i terapię ułożeniową kończyny górnej lewej, naukę automasażu oraz ćwiczeń ułatwiających odpływ chłonki. Dwie bliźny po środku i lewej stronie klatki piersiowej wymusiły zmianę sposobu drenażu z objęciem pleców pacjentki. W czasie hospitalizacji pacjentka pracowała z fizjoterapeutą dwa razy dziennie. W pomiarach obwodów kończyny górnej przed i po drenażu limfatycznym zaobserwowano istotne zmniejszenie obrzęku (1-2 cm w obwodzie ramieniem drugim i przedramiennym). Chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem kontynuowania ćwiczeń (ale ich nie realizowała). Po dwóch tygodniach od wypisu podczas wizyty kontrolnej stwierdzono zastój limfy w kończynie górnej i na tylniej grzbień ścianie tułowia. Rehabilitacja dwukierunkowa (kardiologiczna i przeciwobrzękowa) pozwoliła zminimalizować powikłania i optymalnie usprawnić pacjentkę. Niezbędna jest jednak kontynuacja ćwiczeń do końca życia pacjentki