

A kardiológiai rehabilitáció aktuális kérdései

Veress Gábor, Berényi István, Simon Attila

ACTUAL OBJECTIVES OF CARDIAC REHABILITATION

A kardiológiai rehabilitáció célja, hogy csökkentse a szívbetegség tüneteit és a betegséggel járó pszichológiai hatásokat, stabilizálja az arterioscleroticus betegség folyamatát, és javítsa a szívbeteg pszichoszociális státusát.

A multifaktoriális kardiológiai rehabilitációs programoknak integrálódniuk kell egy átfogó, többtényezős, hosszú távú követési folyamatba, amely magába foglalja a kórházi kezelést, a tünetek megszüntetésére irányuló gyógyszeres és intervencionális lehetőségek alkalmazását, a rizikófelbecsülést, a fizikai tréninget, az életmódváltatót és a rizikócsökkentést elősegítő oktatást, tanácsadást, viselkedési tréninget, valamint foglalkoztatási tanácsadást.

Az akut esemény utáni intézeti vagy ambuláns rehabilitációt egy hosszú távú otthoni szekunder prevenció programnak kell követnie, amelynek kivitelezésében a háziorvosok a fő szerep.

Az európai ajánlások és a rehabilitáció helyzet-elemzése mellett a szerzők tárgyalják a kardiológiai rehabilitáció hazai helyzetét és aktuális kérdéseit.

Cardiac rehabilitation programs are performed to decrease the physiologic and psychological effects of cardiac illness, reduce the risk of reinfarction and cardiac symptoms, stabilize the arteriosclerotic process and enhance the psychosocial status of selected cardiac patients. The cardiac rehabilitation intervention should be integrated into multifactorial secondary prevention program involving hospital phase, medical evaluation and adequate oral and interventional treatment, risk factor modification, prescription of exercise training, education and psychosocial counseling.

These rehabilitation programs should be followed by long term risk reduction and secondary prevention program directed by the family physicians.

On the basis of the review of scientific literature, the authors present the important components of cardiac rehabilitation and address actual objectives like new indications, selection of a professional rehabilitation team, appropriate training programs, counseling and education.

kardiológiai rehabilitáció, szekunder prevenció, a rizikófaktorok csökkentése

cardiac rehabilitation, secondary prevention, risk factor modification

dr. Veress Gábor (levelező szerző/correspondent), dr. Berényi István, dr. Simon Attila:
Állami Szívkórház/State Hospital for Cardiology; H-8230 Balatonfüred, Gyógy tér 2.
E-mail: g.veress@mail.bfkor.hu

Érkezett: 2003. április 22.

Elfogadva: 2003. november 17.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója szerint a kardiológiai rehabilitáció mindazon tevékenységek és beavatkozások összessége, amelyek révén az akut cardiovascularis eseményt elszenvedett betegek, valamint a krónikusan betegek saját erőforrásaik segítségével a lehető legjobb fizikai, mentális és szociális állapotba kerülhetnek, és ennek révén megőrizhetik vagy visszanyerhetik az őket megillető társadalmi pozíciót, illetve aktív életmódot folytathatnak. A rehabilitáció ideális esetben tehát a társadalmi, szociális és orvosi aktivitást egyaránt magában foglalja a fenti célok elérése érdekében (1). A kardiológiai rehabilitáció multidiszciplináris, integrált tevékenység, amely a klinikai ismeretek preventív célú felhasználásával a coronaria-rizikófaktorok átfogó redukciójára, illetve a kardiológiai betegek hosszú távú és teljes körű

gyógyítására törekszik, különös tekintettel azokra a betegekre, akiknél több rizikótényező áll fenn.

A kardiológiai rehabilitációs programok és a szekunder prevenció fontos célja a szívbetegségből eredő rokantság csökkentése, különös tekintettel a fizikai munkát végzőkre, az aktív keresőkre, illetve az idős emberekre. Továbbá cél, hogy stabil klinikai állapotot hozzon létre, mérsékelje a szívbetegség kedvezőtlen testi és lelki hatásait, hogy javítsa az általános funkcionális állapotot, független életvitelt és jó életminőséget biztosítson. Elérendő, hogy csökkentse az újabb coronaria-esemény rizikóját, gátolja az atheroscleroticus folyamat progresszióját és végeredményben csökkentse a morbiditást, a mortalitást és a hospitalizációt. Általánosan elfogadott, hogy a kardiológiai rehabilitáció céljai közé harmonikusan illeszkednek a szekunder prevenci-

ős célkitűzések, így a kardiológiai rehabilitációt a szekunder prevenció eszközének is tekinthetjük.

A vázolt célok elérésére a rehabilitációs programnak integrálódnia kell egy átfogó, többtényezős követési folyamatba, amely magába foglalja a kórházi kezelést, a tünetek megszüntetésére irányuló gyógyszeres és intervencionális lehetőségek alkalmazását, a rizikófelmérést, a fizikai tréninget, az életmód-változtatást és a rizikócsökkentést elősegítő oktatást, tanácsadást, továbbá viselkedési tréningeket és foglalkozási tanácsadást. Emellett biztosítani kell a hatékony hosszú távú követést és a terápiához való életvitel elérését.

Változások a kardiológiai rehabilitációban

Az elmúlt harminc évben a kardiológiai rehabilitáció gyakorlatában számos változás következett be (2, 3). Bővült az indikációk és a rehabilitációt igénylő betegek

köre. Kezdetben a szövődménymentes szívinfarktust elszenvedett betegek hosszasan ágynyugalmával összefüggő dekonkondicionálódás és depresszió leküzdése volt a cél. Később már azok a betegek is bekapcsolódhattak a rehabilitációs programokba, akik szövődményes szívizominfarktust szenvedtek el, illetve intervencionális és műtéti szívizom-revascularisatió (percutan transluminális coronariaangioplastica és coronaria-kerülőműtét) vagy más nyitott szív-műtéten estek át, valamint akik vitiummal élnek, és akik stabil anginában szenvednek. Napjainkban a rehabilitációt igénylők köre tovább szélesedik. Nagy számban bevonhatók a kardiológiai rehabilitációs programokba egyrészt azok, akiknél halmozott cardiovascularis rizikó áll fenn, akik hypertóniások, verőérbetegek, idősek, másrészt a pacemakerrel és beültetett automata cardioverter defibrillátorral (ICD), ritmuszavarral élők, szívelégtelenségben szenvedők, a szív vagy tüdő, illetve mindkét szerv transzplantációján átesett betegek.

A népesség életkora nő. A fejlődő orvosi ellátás következményeként egyre több beteg éli túl az akut cardialis eseményt. Ezek a betegek gyakran számos társbetegséggel küzdenek. Az életkor kitolódásával egyre nő a szívelégtelenségben szenvedők száma, akiknek számos rizikófaktoruk van. Mindezek új kihívást jelentenek, hiszen a rehabilitáció ebben a betegcsoportban is szükséges és eredményes eljárás (4–7).

Változott az akut kardiológiai ellátás és a koszorúérbetegség kezelése is. Az akut coronariaszindróma és a szívizominfarktus ellátásában új invazív eljárások kerültek előtérbe. Ez együtt jár a kórházi mortalitás csökkenésével és a kórházi ápolási idő rövidülésével (8, 9). Ugyancsak rövidült a koszorúér-revascularisatiós műtétek, vagyis a coronaria-bypass (kerülő-) műtétek kórházi ápolási ideje is (10–12). Több szív-műtétet végeznek már dobogó szíven. Megváltozott a szívseb-

szeti és a szívkatéteres szívizom-revascularisatio aránya is az utóbbi jogos térnyerésével.

A szívizominfarktus ellátása nem fejeződik be a beteg állapotának stabilizálásával. Az érvényben lévő ajánlások nagy teret szentelnek a hazabocsátásra való felkészítésnek, ami diagnosztikus, betegoktatási és életviteli tanácsadási kötelezettséget jelent (13, 14). Az ischaemiás szívbetegség egyéb formáinak, a szívelégtelenségnek, valamint a hypertóniának a kezelésében is fontos szerepet kap a nem gyógyszeres terápia. Ugyanakkor a rövidülő kórházi ápolás nem teszi lehetővé ezeknek az elveknek a következetes véghezvitelét, mint azt a szekunder prevenciók felmérések bizonyítják (15–17).

Olyan új problémákkal is szembe kell nézni a rehabilitációs programok során, amelyek komoly kihívást jelentenek és gyakran megfordítják a bevált kezelési stratégiákat. Ilyen a hirtelen nagy számban megjelenő, primer percutan coronariaintervencióval kezelt, akut coronariaszindrómában szenvedő betegek köre: a coronariák anatómiáját és patológiás eltéréseit ismerjük, de a funkcionális vizsgálatok eredményei gyakran nem állnak rendelkezésünkre, amikor rehabilitációra jelentkeznek a betegek, változó mértékű szívizomsérülés után. Ugyancsak jelentős kihívás a súlyos krónikus szívelégtelenségben szenvedők mozgáskezelésének elbírálása és a tréningprogramok kivitelezése. Ezen a téren több új nemzetközi ajánlás segíti munkánkat (18–20). Az ICD-vel élők rehabilitációs programjának kialakítása különösen nagy figyelmet és elmélyült kardiológiai ismereteket kíván.

A kardiológiai rehabilitációs programokat ma már a szekunder prevenció részének tekintjük, amelyek a coronariabetegség különböző manifesztációinak, illetve a szívelégtelenség kezelésében, valamint a cardiovascularis betegek átfogó, hosszú távú gondozásában is fontos szerepet játszanak.

A kardiológiai rehabilitáció tényeken alapuló eredményessége

A multifaktoriális kardiológiai rehabilitáció létjogosultságát a szakirodalomban fellelhető, bizonyítékon alapuló eredmények igazolják a legjobban (21, 22). Az alapvető programok, mint a *fizikai edzés*, az *egészségnevelés*, a *tanácsadás* és a *viselkedésterápia* bizonyítottan kedvező hatásait az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- fokozzák a fizikai terhelhetőséget;
- enyhítik a panaszokat;
- mérséklék a vér lipidprofiljának kóros változásait;
- csökkentik a dohányos szívbetegség számát;
- javítják a betegek pszichoszociális közérzetét és csökkentik a stresszt;
- csökkentik a betegek mortalitását.

A kardiológiai rehabilitáció költséghatékony eljárás, különösen, ha a költségeket a tevékenységgel nyert minőségi életekhez viszonyítottan adjuk meg (23, 24).

Az utóbbi években számos tudományos adatot kö-

A kardiológiai rehabilitációt a szekunder prevenció eszközének tekinthetjük.

zöltek a szívelégtelenségben szenvedő, a szívatültetésben részesült és az idős szívbeteg rehabilitációjának kérdéseiről is (4–6, 25).

A kardiológiai rehabilitáció létjogosultságát igazoló tudományos tények jelentős része az ischaemiás szívbetegségben szenvedők vizsgálatának elemzéséből, a thrombolysis előtti időszakból származnak. A későbbi közlemények alapján feltételezhető, hogy továbbra is érvényesek a fenti megállapítások, bár újabb metaanalízisek még nem jelentek meg. A kedvező hatásokat koszorúérbetegeken, szívelégtelenségben szenvedőkön és hypertóniás betegeken egyaránt észlelték. Az európai és az amerikai kardiológustársaságok legfrissebb ajánlásai leszögezik, hogy a kardiológiai rehabilitáció a koszorúérbetegek ellátásának integráns része (7, 26, 27).

A kardiológiai rehabilitáció és szekunder prevenciós programok alapvető elemei

Az amerikai, az európai és a hazai tudományos társaságok és szakmai kollégiumok ajánlásai szerint kialakult a kardiológiai rehabilitáció konszenzuson alapuló programja. Elemei a következők: az optimális orvosi ellenőrzés, az akut eseményt követő rizikócsoporthoz sorolás, a gyógyszeres szekunder prevenció, a fizikailag aktívabb életmódra nevelés, a mozgáskezelés, a fizioterápia, a rizikófaktorok módosítása, a testsúly rendezése, leszoktatás a dohányzásról, az egyénre szabott diéta és tanácsadás, az egészséges életvitel oktatása, a viselkedésterápia és a pszichoszociális intervenció. A rehabilitáció tehát aktív folyamat, amelynek előnyösen kell befolyásolnia a szívbetegség hátterében álló betegségeket, és a betegnek is részt kell vállalnia a saját egészségéért, jólétéért folytatott tevékenységben (26–32).

Ezek a célok a különböző szakterületeken működő egészségügyi szakemberek közreműködésével valósíthatók meg, az irányító szerep azonban általában a kardiológusoké. A nemzetközi ajánlásokban elfogadott legfontosabb programelemeket az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A szervezéssel kapcsolatos kérdések, problémák

A számos előny ellenére a legtöbb európai országban a szívbetegeknek csak alig egyharmada vesz részt szervezett rehabilitációs programokban (16). A bekapcsolódást részben földrajzi tényezők korlátozzák, részben a megfelelő intézmények hiánya, finanszírozási gondok és a betegek életmód-változtatásra vonatkozó motivációjának hibás értékelése gátolja. További gond, hogy az orvosok nem küldik kellő számban rehabilitációs programokra a betegeket, különösen az időseket és a nőket. Ennek magyarázata az orvosok szemlélet- és képzettségbeli hiányosságában rejlik.

Kíváncsok, hogy a rehabilitációs programokat a kór-

házakhoz kapcsolódó, speciális ismeretekkel rendelkező csapatok biztosítsák intézeti vagy ambuláns formában. Bár az intézeti és az ambuláns programoknak azonosak a céljai, az előbbieket felépítése összetettebb annak érdekében, hogy biztosítani tudják az intenzívebb, komplexebb ellátást. Ez számos előnnyel jár: az akut kardiális esemény után rövid idővel már elkezdhető a rehabilitáció, bevonhatók a szövődményes, nagy rizikójú vagy klinikailag instabil betegek, a súlyosabban korlátozott vagy idősebb betegek, akiknek gyakran jelentős társbetegségeik is vannak. Így ezek a programok elősegíthetik a zökkenőmentes átmenetet a kórházi bentfekvés időszakából a klinikailag stabil, önálló életvitelt lehetővé tevő otthoni életbe.

Az intézeti programok egyedüli komolyabb hátránya az, hogy viszonylag rövid idő áll rendelkezésre a rizikótényezők és az életstílus befolyásolására. Ezért ezeket a programokat mindig követnie kellene egy hosszú távú, ambuláns szekunder prevenciós programnak, amely adekvát klinikai és funkcionális ellenőrzést is lehetővé tesz.

Az ambuláns programok elsősorban a jó általános állapotú, független életvitelű, alacsony rizikójú, klinikailag stabil betegek számára ajánlottak. Ahhoz, hogy a kardiológiai rehabilitáció összes alapelemét magába foglalja az ambuláns program, legalább 6–12 hétig kell tartania. Minden akut cardiovascularis eseményt elszervezett beteg számára hozzáférhetővé kell tenni az átfogó, multidiszciplináris, intenzív sémában szervezett kardiológiai rehabilitációs programba történő bekapcsolódást. Ezt követően a betegeknek hosszú távú, szinten tartó programokat kell biztosítani, természetesen az alapellátást végző családorvos figyelmével és irányításával. Ilyenek lehetnek a koronáriaklubok, edzőtermekben szervezett programok és a beteg lakóhelyén elérhető egyéb lehetőségek.

A hazai kardiológiai rehabilitációs módszertani ajánlás az alábbiak szerint határozza meg a rehabilitációban való részvételt:

- Az akut cardialis esemény (akut myocardialis infarktus és szívműtét) után minden beteg vegyen részt kardiológiai rehabilitációban, intézeti vagy ambuláns formában.

- Az akut cardialis eseményt ellátó orvos felelőssége, hogy betege az akut esemény után közvetlenül szervezett rehabilitációs programban részesüljön.

- Szívbetegséggel kapcsolatos rokanttá nyilvánítás elindítása előtt legyen kötelező a kardiológiai rehabilitációban történő részvétel (31, 32).

A hazai ajánlások is meghatározzák a kardiológiai rehabilitáció tárgyi és személyi feltételeit, a programokat, az indikációkat és az európai összehasonlító adatok alapján az ellátandó betegek számát is. Ugyanakkor hazánkban az egységes

A rövidülő kórházi ápolás nem teszi lehetővé az elvek következetes véghezvitelét.

A kardiológiai rehabilitáció költséghatékony eljárás.

1. TÁBLÁZAT

*A kardiológiai rehabilitáció programjának elemei**Kezdeti felmérés*

Anamnézis és fizikális vizsgálat.

A rizikófaktorok meghatározása.

A foglalkozási körülmények értékelése, foglalkozási tanácsadás.

Nyugalmi és terheléses EKG-vizsgálat.

A betegség súlyosságának meghatározása.

Cél: prevenció-rehabilitációs terv elkészítése az alapellátást végző orvossal is együttműködve.

A vérzsírszintek rendezése

A diéta, a fizikai aktivitás és a gyógyszeres terápia értékelése és szükség esetén módosítása.

Elsődleges cél: LDL-koleszterin <100 mg/dl.

Másodlagos cél: HDL-koleszterin >45 mg/dl, triglicerid <200 mg/dl.

A magas vérnyomás kezelése

A vérnyomás mérése legalább kétszer.

Ha a nyugalmi szisztolés vérnyomás 130–139 Hgmm közötti, a diasztolés vérnyomás 85–89 Hgmm közötti, akkor életmód-változtatás, a sóbevitel korlátozása, az alkoholfogyasztás mérsékelt szinten tartása, rendszeres testmozgás ajánlott, elhízás esetén testsúlycsökkentés indokolt. Ha a beteg diabetes mellitusban, krónikus szív- vagy veseelégtelenségben is szenved, akkor gyógyszeres kezelés indítása mérlegelendő.

Ha a szisztolés vérnyomás 140 Hgmm vagy a diasztolés vérnyomás 90 Hgmm, akkor gyógyszeres kezelés szükséges.

A beavatkozások hatásának monitorozása az alapellátást végző orvos bevonásával.

Cél: vérnyomás: <140/90 Hgmm, diabetes mellitus, illetve krónikus szív- és veseelégtelenség esetén: <130/85 Hgmm.

A dohányzás elhagyása

A dohányzási szokások dokumentálása.

A betegek leszokási készségének értékelése; megfelelő készség esetén ki kell tűzni a dátumot.

Nikotinhelyettesítő kezelés és/vagy bupropion, vagy a kettő együttes ajánlása.

Viselkedési tanácsadás, egyéni vagy csoportos formában.

Cél: hosszú távú nikotinabstinencia.

Testsúlycsökkentés

Azoknak a betegeknek ajánlott, akiknél a BMI >25, vagy a derékkörfogat >100 cm (férfiak), illetve >90 cm (nők), főképp, ha hypertonia, hyperlipidaemia vagy diabetes mellitus, inzulinrezisztencia is fennáll.

Viselkedési és táplálkozási tanácsadás, az eredmények követése és ellenőrzése.

Cél: 5-10%-nyi testsúlycsökkenés elérése, és a kapcsolódó rizikófaktorok tartós módosítása.

A diabetes mellitus kezelése

A diabetes mellitusra hajlamos betegek kiszűrése az anamnézis, illetve laboratóriumi vizsgálat alapján.

Testsúlykontrollt, fizikai tréninget, diétát és gyógyszeres terápiát (antidiabetikum, inzulin) magában foglaló kezelési terv kidolgozása.

A vércukorérték monitorozása az edzések előtt, konzultáció az alapellátást végző orvossal.

Újonnan felfedezett diabetes esetén a beteget az alapellátást végző orvoshoz kell irányítani értékelés és kezelés céljából.

Cél: az éhgyomri vércukorérték normalizálása (80-110 mg/dl), illetve glikált hemoglobint <7%, emellett a kapcsolódó obesitas, hypertonia, hyperlipidaemia rendezése.

Pszichoszociális intervenció

A pszichoszociális problémák felismerése (depresszió, feszültség, szociális izoláció, düh, ellenségesség) kikérdezéssel vagy standardizált kérdőívvel.

Klinikailag jelentős problémák esetén egyéni vagy csoportos pszichoszociális tanácsadás.

Stresszredukciós foglalkozások biztosítása minden betegnek.

Családterápiás intervenció.

Cél: a klinikailag jelentős pszichoszociális problémák enyhítése, stresszkezelési technikák elsajátítása.

Fizikai aktivitásra vonatkozó tanácsadás és fizikai tréning

A fizikai aktivitás és a terhelés tolerancia felmérése terheléses vizsgálatral.

A fizikai aktivitás növelését gátló tényezők felderítése.

A fizikai aktivitás növelésére vonatkozó tanácsadás.

Individualizált aerob- és rezisztenciaterápiás programjának kidolgozása a gyakoriság, az időtartam, az intenzitás, valamint a terhelés típusának megadásával.

Cél: rendszeres fizikai aktivitás, az erőnlét, a funkcionális kapacitás növelése, legalább heti 1000 kcal energiatartalommal megfelelő fizikai aktivitás elérése. (Egyszerűbben fogalmazva ez 30 percnyi szubmaximális intenzitású fizikai munka vagy mérsékelt intenzitású fizikai tréning naponta.)

működési elvek nem valósulnak meg teljeskörűen. Nem megoldott a megfelelő szakmai kontroll, amely világossá tenné, hogy az egyes, kardiológiai rehabilitáció alapján finanszírozott egységek, osztályok és intézetek mennyiben tudnak eleget tenni a megfogalmazott követelményrendszernek. A kardiológiai rehabilitáció eredményesen csak multidiszciplináris formában végezhető, ahol az orvos mellett gyógytornász, dietetikus, nővér, pszichológus, szociális munkás is részt vesz a beteg kezelésében és ellátásában. Nehezen képzelhető el valóban eredményes rehabilitáció azokon a helyeken, ahol az említett személyi feltételek nem adóttak. Ugyanúgy a tárgyi feltételrendszerben a kardiológiai diagnosztika mellett tornatermekre, uszodára, előadótermekre, oktatóval kapcsolatos anyagokra, diéta ételbemutatókhoz szükséges konyhára, pszichoterápiához szükséges helyiségekre van szükség.

Hazánkban mind az intézeti, mind az ambuláns formában történő programok számos helyen elérhetőek. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) Módszertani Osztályának idevágó, 2002-es adatait a 2. és 3. táblázatban tüntettük fel. Az OORI adatai szerint a Magyarországon működő intézeti rehabilitációs egységekben a személyi állományt illetően jelentős hiányok derültek ki. A helyzet évek óta keveset javult. Az ambuláns rehabilitációs programok is hiányosak. Az egészségügyi szolgáltatók elsősorban finanszírozási nehézségek miatt nem tudják maradéktalanul teljesíteni a rehabilitációs szükségleteket és programokat. Az országban kimutatható területi ellátási egyenetlenség mellett tehát az egyes helyeken végzett szakmai programok színvonala sem egységes.

A fentiek alapján megkérdőjelezhető, hogy a különböző színvonalú kardiológiai rehabilitációt végző osztályok és intézetek finanszírozása egységesen történjen. A szakmai tevékenységet jelző adekvát szorzó alkalmazása az egyenetlenségre megoldást jelenthetne. Az egységes szakmai feltételrendszer működtetése és ennek hatékony ellenőrzése közös érdeke a szakmának, az intézeteket működtető tulajdonosoknak és a finanszírozónak egyaránt. Megfelelő színvonalú kardiológiai rehabilitáció végzéséhez elengedhetetlen a szakmában képzett rehabilitációs csoport (orvos, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, szociális munkás, fizioterapeuta, nővér, asszisztens) együttműködése. Célként tűzhetjük ki a csoport tagjainak magas színvonalú, a témára koncentrált posztgraduális képzését.

Posztívan kell értékelnünk az eddig megvalósult fontos lépéseket is. Ezek közé tartozik, hogy a kardiológiai szakvizsga képzési programjának kötelező része az egy hónapos kardiológiai rehabilitációs gyakorlat. Magas színvonalon folyik a gyógytornászok, a diéta nővérek, a fizioterápiás szakemberek és a szociális munkások képzése is. Ugyanakkor az egyetemi és a posztgraduális képzésben nem vagy alig kap helyet a kardiológiai rehabilitáció. Igen kevés a kardiológiai rehabilitáció speciális kérdéseire szakosodott pszichológusok száma.

Az eredmények lemeréséhez, a feladatok meghatározásához és az igények összehangolásához egyaránt

2. TÁBLÁZAT

Kardiológiai rehabilitációt végző osztályok betegforgalmi adatai (2002)

Intézet	Ágy-szám	Kezelt betegek száma
Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház	44	899
Fővárosi Péterfy Sándor Utcai Kórház	40	1234
Budapesti Szent Ferenc Kórház	20	209
Pécs, Megyei Kórház	34	570
Kiskunfélegyháza, Városi Kórház	12	299
Gyula, Pándy Kálmán Megyei Kórház	50	971
Miskolc, Szent Ferenc Megyei Kórház	20	365
Deszk, Mellkasi Betegségek Szakkórháza	35	1295
Székesfehérvár, Szent György Kórház	25	335
Sopron, Állami Szanatórium	218	3954
Sopron, Gyermekkardiológiai Rehabilitáció	20	117
Tata, Városi Rehabilitációs Szakkórház	60	995
Balatonfüred, Állami Szív-kórház	393	7537
Balatonfüred, Magyar Honvédség Kardiológiai Rehabilitációs Intézet	80	1959
Balatonfüred, MÁV Érendszerei Gyógyító és Rehabilitációs Intézet	64	1153
Zalaegerszeg, Megyei Kórház	26	568

szükséges egy egységes szakmai adatbázis a cardiovascularis morbiditásról, mortalitásról, az alkalmazott szív- és érrendszeri intervenciókról és a rehabilitációról. Magyar adatokat a Gyógyinfok adatbázisából kaphatunk. Ugyanakkor a finanszírozáson alapuló adatok torzíthatnak, ekképpen számos olyan kérdésre nem kaphat ma választ a szakma, a finanszírozó és a szakmapolitika, amely meghatározó lenne az egészségügyi rendszer eredményes működtetéséhez, az igények felméréséhez és a prioritások meghatározásához. Folyamatban van egy európai kardiológiai rehabilitációs adatbázis létrehozása, ami hazai rehabilitációs centrumokból is gyűjt adatokat, és ez lehetőséget ad majd az európai országok ez irányú gyakorlatával való összevetésre.

3. TÁBLÁZAT

Kardiológiai rehabilitációt végző szakrendelések és ambulanciák adatai (2002)

Intézet	Heti rendelési óraszám	Betegek megjelenésének száma
Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház	30	1936
Fővárosi Péterfy Sándor Utcai Kórház	30	1662
Budapesti Szent Ferenc Kórház	6	951
Pécs, Megyei Kórház	30	736
Gyula, Pándy Kálmán Megyei Kórház	10	9412
Miskolc, Szent Ferenc Kórház	10	4431
Székesfehérvár, Szent György Kórház	15	7584
Sopron, Állami Szanatórium	29	1392
Tata, Városi Rehabilitációs Szakkórház	20	1444
Balatonfüred, Állami Szív-kórház	45	3410
Zalaegerszeg, Megyei Kórház	20	3822

Tisztában kell lennünk azzal is, hogy a kardiológiai rehabilitáció a kardiológiának az a területe, amelyet a társadalmi viszonyok erősen befolyásolnak. Ideális esetben a társadalom és a beteg közös érdeke az egészség megőrzése, a rehabilitáció és a munkába való visszatérés. Tevékenységünk objektív értékelhetőségét, költséghatékonyságát a lakosság foglalkoztatási arányának alakulása, a rokkantossági viszonyok, ezenkívül a komplex társadalmi-gazdasági környezet, a szociális viszonyok, a hagyományosan rossz magyar táplálkozási és dohányzási szokások által is determinált, igen rossz morbiditási és mortalitási arányok befolyásolják.

Az orvosok nem küldik kellő számban rehabilitációs programokra a betegeket.

A szívbetegek szekunder prevenciójáért felelős egészségpolitikai döntéshozóknak és ellátóknak – európai, nemzeti vagy intézményi szinten – szükséges átgondolniuk, hogy hol és hogyan, milyen struktúrában szervezzük a kardiológiai rehabilitációs programokban való részvételt az erre rászoruló betegeknek. Az bizonyos, hogy az átfogó kardiológiai rehabilitációs szolgáltatást széles körben biztosítani kell. Európai, nemzeti és helyi szinten is égetően szükséges feladat a cselekvési terv kidolgozása.

Nem elég hangsúlyozni, hogy a kardiológiai rehabilitáció bizonyítottan elismert, hasznos és hatékony szolgáltatás, el kell érni, hogy mind Európában, mind hazánkban alkalmazzuk is a szekunder prevenció programokat betegeink számára, akiknek mindez a hasznára válhat.

IRODALOM

1. World Heart Organisation. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: report of a WHO Committee. *World Health Organ Tech Rep* 1993;831:1-122.
2. Bittner V, Sanderson B, Breland J, Green D. Referral patterns to a university-based cardiac rehabilitation program. *Am J Cardiol* 1999;83:252-5.
3. Richardson LA, Buckenmeyer PJ, Bauman BD, et al. Contemporary cardiac rehabilitation: patient characteristics and temporal trends over the past decade. *J Cardiopulmonary Rehabil* 2000;20:57-64.
4. Lavie CJ, Milani RV. Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in elderly women. *Am J Cardiol* 1997;79(5):664-6.
5. Lavie CJ, Milani RV. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioural characteristics, and quality of life in women. *Am J Cardiol* 1995;75:340-43.
6. Lavie CJ, Milani RV. Effects of cardiac rehabilitation programs on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in a large elderly cohort. *Am J Cardiol* 1995;76:177-9.
7. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients ≥ 75 years of age). An American Heart Association scientific statement from the council on clinical cardiology subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention. *Circulation* 2002;105:1735-43.
8. Sgura FA, Wright RS, Kopecky SL, et al. Length of stay in myocardial infarction. *Cost Qual* 2001;25:12-20.
9. Every NR, Spertus J, Fihn SD, et al. Length of hospital stay after acute myocardial infarction in the myocardial infarction triage and intervention (MITI) project registry. *J Am Coll Cardiol* 1996;28(2):287-93.
10. Kohler E, Karoff M, Korfer R, et al. Inpatient length of stay and physical capacity after aortocoronary bypass operation, after heart valve replacement and myocardial infarct. *Z Kardiol* 1995;84(11):911-20.
11. Bohmer RM, Newell J, Torchiana DF. The effect of decreasing length of stay on discharge destination and readmission after coronary bypass operation. *Surgery* 2002;132(1):10-15.
12. Lazar HL, Fitzgerald CA, Ahmad T, et al. Earlier discharge after coronary artery bypass graft surgery: are patients really going home earlier? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;121(5):943-50.
13. Czuriga I, Duray G, Halmay L, et al. ST-elevációval járó akut myocardialis infarktusz. *Kardiológiai Útmutató* 2003;11:35-52.
14. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (committee on management of acute myocardial infarction). *Circulation* 1999;100:1016-30.
15. Management of stable angina pectoris. *Eur Heart J* 1997;18:394-413.
16. EUROASPIRE II Study Group. EUROASPIRE II. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 2001;22:554-72.
17. Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal* 2001;22:1527-60.
18. Caldwell MA, Dracup K. Team management of heart failure: The emerging role of exercise, and implications for cardiac rehabilitation centers. *J Cardiopulmonary Rehabilitation* 2001;21:273-9.
19. Piña IL, Apstein CS, Balady GJ, et al. Exercise and heart failure. A statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. *Circulation* 2003;107:1210-25.
20. Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology: Recommendations for exercise training in chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001;22:125-35.
21. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989;80:234-44.
22. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Clinical practice guideline. Quick reference guide for clinicians N°17. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health care policy and research, and National Heart, Lung, and Blood Institute. AHCPR Pub. N° 96-0673, 1995 October.
23. Oldridge N, Furlong W, Feeny D, et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993;72:1154-61.
24. Deedwania PC, Amsterdam EA, Vagelos RH, et al. Evidence-based, cost-effective risk stratification and management after myocardial infarction. *Arch Intern* 1997;157:273-80.
25. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, et al. Randomized controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation* 1999;99:1173-82.
26. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention program. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2000;102:1069-73.
27. Gianuzzi P, Saner H, Björnstad HG, Veress G, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. *European Heart Journal* 2003;24:1273-8.
28. Southard DR, Certo C, Comoss P, et al. Core competencies for cardiac rehabilitation professionals. Position Statement of the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulmonary Rehabilitation* 1994;14:87-92.
29. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001;345:892-902.
30. Veress G, Hoffmann A, Berényi I, Csendes É, Szeles É. A kardiológiai rehabilitáció irányelvei. *Orvosképzés* 1998;73:131-8.
31. Berényi I, Szatmáry Gy, Szeles É, Veress G. Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja. *Kardiológiai Útmutató* 2003;11:90-99.
32. Berényi I, Gara I, Hoffmann A, Kende M, Kéthelyi J, Sándori K, et al. A kardiológiai rehabilitáció szakmai és szervezeti irányelvei (feltétel- és követelményrendszer). Módszertani levél. Kardiológiai és Rehabilitációs Kollégium. *Orvosi Hetilap* 1997;138:2065-72.