

A SZÍVINFARCTUSON ÁTESETT BETEGEK REHABILITÁCIÓJA **(alapelvek, feladatok)**

Kikeli P., Horváth E.

A szívinfarktuson átesett betegek gondozása a heveny szak intenzív ellátásán kívül, az érdeklődés homlokterébe állította az utógondozás kérdéseit is (7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 19, 24).²⁵ Ezek megoldása segítette elő évtizedünkben a cardiovascularis rehabilitáció fokozatos kifejlődését.

A rehabilitáció szemszögéből nézve, a myocardialis infarktuson átesett beteg, idült szív-érrendszeri megbetegedésben szenved, és ennek megfelelően utógondozása a következő feladatok megoldását veti fel:

1. a tartós utógondozás, valamint a másodlagos megelőzés kérdéseinek megoldása (7),
2. a cardiovascularis tartalékok, valamint a kórjóslat folyamatos meghatározása (14, 16, 20, 24),

3. a psychés readaptáció és a betegségtudat kialakulásának követése, valamint zavarainak korai felismerése (8, 13, 22),
4. a társadalmi, valamint a munkahelyi visszailleszkedés megoldása és követése (1, 4, 15, 17).

A rehabilitáció kifejlődését döntően befolyásolják a functionális cardiologia, az orvosi pszichológia, valamint az ergonómia eredményeinek együttes alkalmazása. a fent említett célok elérése érdekében. A folyamatot dinamizáló tényező azonban a rehabilitáció társadalmi szükségessége volt. Pontosabban az a tény, hogy a fejlett vagy fejlődő iparral rendelkező társadalom számára ma már nem közömbös egy értékes társadalmi, valamint nagy szakmai tapasztalattal rendelkező réteg elvesztése.

A folyamat összetett jellegét tükrözi a rehabilitációnak az EVSZ munkabizottsága által elfogadott meghatározása is, amely szerint a rehabilitáció „mindazon ténykedések összessége, melynek célja biztosítani a legkedvezőbb testi-lelki, valamint gazdasági helyzetet az érintett egyén számára, hogy az munkabírásának megfelelően aktív társadalmi életet folytathasson“.

Az említett tényezőkből kiindulva nyilvánvaló a rehabilitáció orvosi-társadalmi jellege. A gondozás középpontjában a beteg ember és nemcsak ennek betegsége van.

Módszertanát illetően a rehabilitáció csoporttevékenység. A munkacsoportot az orvos irányítja, összehangolva a különböző szakcsoportok (pszichológus, gyógytornász, fizioterapeuta, foglalkozásterapeuta stb.) tevékenységét, a gondozásba vett beteg adott helyzetének megfelelően.

A rehabilitáció alapelveinek, valamint feladatainak kidolgozására az EVSZ több mint tíz évvel ezelőtt részletes programot terjesztett elő. Ezt 1979-ig 22 ország 45 cardiologiai központjában próbálták ki (8, 17, 18, 19, 22). Ezeknek a megfigyeléseknek az alapján alakult ki az EVSZ által elfogadásra ajánlott „comprehensiv“, azaz „átfogó“ rehabilitáció alapelvei, feladatai, valamint ezeknek a szakaszos alkalmazása.

I. Az átfogó (comprehensiv) rehabilitáció feladatai

A. Az orvosi gondozás feladatai:

- a) az érlemeszesedésre hajlamosító rizikó faktorok (kockázati tényezők) feltárása és a másodlagos megelőzés irányítása (8, 13),
- b) 1. a cardiovascularis rendszer tartalékainak meghatározása (úgy mint coronaria dinamikai-, kinetikai-, valamint haemodinamikai-tartalékok),
2. a szervezet aerob rendszerének alkalmazkodása a standardizált bicikliergometriás, valamint a munkahelyi terhelésre,
3. a bioelektromos instabilitás kórismézése,
4. a functionális állapotnak megfelelő gyógyszeres kezelés (8, 14, 16, 17, 24),
- c) a kórjósolat folyamatos meghatározása, az említett tényezők alapján; a súlyos kórjóslatú, valamint az infarctus recidivára fokozott hajlamosságot mutató egyének kijelölése (8, 17).

B. A psychés gondozás feladatai:

- a) a psychés disadaptáció korai felismerése és a readaptáció vezetése,
- b) a betegségtudat kialakulásának követése, zavarainak korai felismerése. A célzott egészségügyi nevelés irányítása (3, 11, 13).

C. A szociális gondozás feladatai:

- a) 1. a munkahelyi megterhelés felbecsülése ergonómiai ismeretek alapján,
2. a beteg munkába történő visszahelyezése, teherbírásának, valamint pszichés állapotának megfelelően,
- b) együttműködés a munkaképességet megállapító bizottságokkal a rokkantság súlyosságának, valamint a rehabilitáció lehetőségeinek megítélésében,
- c) a családi alkalmazkodás lehetőségeinek megítélése.

II. Az átfogó (comprehensiv) rehabilitáció alapelvei

A rehabilitáció feladatait a következő alapelveknek megfelelően lehet megvalósítani:

A. Az integrálás (5, 6, 8, 12, 14, 17, 20, 24).

Ezen a másodlagos megelőzés, valamint a rehabilitáció sajátos lehetőségeinek együttes, de ugyanakkor célzott alkalmazását értjük. A rehabilitáció legfontosabb alapelveinek tekintik. Ennek megfelelően szükség szerint együttesen alkalmazzák a következő eljárásokat:

1. *Gyógyszeres kezelés* (hypertonia, hyperlipidaemia, cukorbetegség, hyperurikaemia, a cardiovascularis functio csökkenésének esetében).
2. *Sebészi kezelés* (a szívsebészet jelenlegi lehetőségeinek megfelelően).
3. *Gyógytorna* (ülő életmód, elhízás, hypertonia, cukorbetegség, neurotikus személyiség).
4. *Étrendi kezelés* (obesitas, hypertonia, cukorbetegség, hyperlipidaemia, hyperurikaemia).
5. *Balnearis kezelés* (vegetatív zavarok, hypertonia, alsó végtagok érbetegsége).
6. *Psychotherapia* (szorongás, depresszió oldása).
7. *Foglalkozásterápia* (a foglalkoztatás megváltoztatásának szükségessége).

B. Nevelés.

A nevelés célja a rehabilitáció során a helyes betegségtudat kialakítása (az egyéni rizikóprofil tudatosítása), valamint a rehabilitációban való egyéni részvétel megindoklása. A nevelés ideális időpontja a lábadozás szakja, helye pedig legkedvezőbbben a rehabilitációs kórház lenne (8).

C. Az együttműködés.

Az együttműködés célja a rehabilitáció egységes vezetése. Ennek megfelelően válik lehetségessé a másodlagos megelőzés, valamint a rehabilitáció sajátos lehetőségeinek célzott alkalmazása (8).

III. Az átfogó (comprehensiv) rehabilitáció szakaszai

A rehabilitációs folyamat a betegség lefolyásának megfelelően három szakaszra osztható: a heveny (akut) szakra, a lábadozás (konvaleszcens) szakra, valamint az utógondozás (posztkonvaleszcens) szakra, anélkül, hogy folytonossága és egysége megszakadna (8, 14, 17, 18, 19). Egyébként a fel-

osztást a feladatok szakaszokon belüli differenciált megoszlása is indokoltá teszi.

A. A rehabilitáció feladatai a myocardialis infarctus heveny szakában.

A betegség heveny szaka a coronaria-örzökben zajlik le. A rehabilitációt már a beteg kórházi tartózkodása alatt meg kell kezdeni. A szakasz leglényegesebb jellemzői (az orvosi gondozás szempontjából) a haemodinamikai, valamint a bioelektromos instabilitás. Ennek megfelelően a gondozás orvosi feladatai állnak előtérben.

Rendkívül fontos szerepet tölt be a prognózis folyamatos rögzítése a szövődmények elkerülésének érdekében. Komoly segítséget nyújthatnak e tekintetben a különböző prognózis-indexek (10, 13). A prognózistól függetlenül kezdjük el a betegek korai mozgását. Ugyiszintén a prognózis alapján döntjük el a kórházból történő kibocsátás időpontját. Ez napjainkban az infarctus fellépését követő harmadik héten szokott megtörténni a szövődménymentes betegeknél. Az időpont elvileg meg kell egyezzen a haemodinamikai és bioelektromos stabilizálódással. Ennek meghatározására több éve használjuk az önfenntartás terhelési szintjén történő bicikliergometriás próbát (25 W min.). A vizsgálat során az electrocardiogramot, valamint a szív dinamikáját és kinetikáját követjük vértelen úton. A vizsgálat eredményeként számos esetben sikerült kiváltani az instabilitás latens megnyilvánulásait (10, 13).

Psychésen a kórképet ebben a szakban a félelemérzés uralja (a fájdalom ismétlődésétől, a monitorizáló készülékektől való függőség), fokozatosan jelenik meg a szorongás is.

A *szociális* feladatokat illetően, ekkor kell megkezdeni a beteg családi helyzetének felmérését (8, 17).

B. A myocardialis infarctusos beteg rehabilitációja a lábadozás szakában (konvaleszcens fázis).

A lábadozás szakaszának fő célja a stabilizálódás (haemodinamikai, bioelektromos, psychés) elősegítése és rögzítése. A családi környezetbe történő újrailleszkedés, valamint a munkahelyi körülmények felmérése. Időtartama 10—12 hét. Körülményeink között a beteg családi környezetben tartózkodik. Számos országban a lábadozás legalább egy bizonyos részét a betegek rehabilitációs kórházakban töltik el (8, 17, 18, 19).

A lábadozási szak végén, vagy az utógondozási szak elején történik a szív functionális tartalékainak felmérése, valamint a rizikóprofil összetevőinek meghatározása, a psychés readaptáció, a szociális, valamint a munkahelyi viszonyok felbecsülése. Mindezen tényezők egyeztetése alapján döntjük el a beteg munkába történő visszahelyezését (8, 11, 13, 16, 17, 20, 24).

A vizsgálati eredmények alapján döntünk a másodlagos megelőzés, valamint a kezelés és a rehabilitáció célzott alkalmazása felől (5, 6, 8, 12, 14, 24).

C. A myocardialis infarctusos beteg rehabilitációja az utógondozási szakasz folyamán.

Ez a szakasz a betegség 10—12. hetében veszi kezdetét, miközben a

betegek nagy része fokozatosan újból beilleszkedett a társadalmi vagy a gazdasági élet különböző ágazataiba.

A szakasz fő célja a beteg fizikai, valamint szellemi képességének továbbfejlesztése, az élet valamint a munkahelyi terhelés szükségleteihez mérten (8, 13, 17). Ebben a szakaszban az orvosi, lelki, valamint a szociális gondozás feladatai egyenrangúakká válnak.

Az orvosi gondozást illetően, előtérbe kerülnek a másodlagos megelőzés célkitűzései.

A munkába történő visszahelyezés számos konfliktus-helyzet forrása lehet. A beteg megalázottnak, alárendeltnek, értéktelennek érezheti magát. Teljesen elveszitheti az előző évek során kialakult önbecsülését. Mindezen tényezők érthetővé teszik a lelki zavarok gyakoriságát ebben a szakaszban. Ezeket a „*psychés disadaptáció*“ fogalmával szoktuk jelölni, melynek legjelentősebb megnyilvánulásai a szorongás, és a depresszió (1, 3, 17, 22). Betegeink 60%-ánál észleltünk különböző súlyosságú psychés disadaptációt. Ez súlyos esetekben önmagában is elegendő ahhoz, hogy meggátolja a beteg munkába való visszahelyezését.

A *szociális gondozást illetően* a szakasz célja a munkába történő visszahelyezés. Egyébként ez jelzi a jól vezetett rehabilitáció egyéni, valamint társadalmi sikerét. A beteg számára anyagi és lelki biztonságérzetet kölcsönöz (15, 17). Tapasztalataink alapján, a betegek 75,8%-a sikeresen helyezhető vissza a munkába (13). A munkába történő visszahelyezés bizonyult folyamat, melynek végrehajtásában a munkahelyekre döntő szerep hárul.

Rendkívül fontos lenne e téren a munkahelyek ergonómiai szempontok alapján történő felmérése, az intézmények, gazdasági egységek ergonómiai összetételének ismerete. Mindez lényegesen megkönnyítené a csökkent munkaképességű egyének visszahelyezését a számukra legmegfelelőbb munkahelyre (13).

Betegeink a napi munkájuk végzése közben vesznek részt a rehabilitációs programban (gyógytorna, pszichoterápia, nevelés), ennek érdekében lényeges a több célkitűzésnek megfelelő csoportos rehabilitációs programok kialakítása. E téren kedvező eredményt értünk el a csoportos gyógytorna programmal. A programok orvosi ellenőrzése-megfigyelése, nagyszámú beteg gyakori ellenőrzését, és ennek megfelelően a különböző zavarok korai felismerését, valamint kezelését teszi lehetővé (10, 11, 12, 13).

Befejezésül néhány szót a rehabilitáció eredményességéről, ennek legvitatottabb kérdéseiről, pontosabban arról, hogy a rehabilitáció csak az infarctus utáni élet minőségén képes javítani, avagy szerepe van az élettartam meghosszabbításában is.

A kérdés első részére egyszerű válaszolni. A betegeket megtanítjuk harmonikusan élni, csökkent tartalékaik ellenére is; a munkába történő visszahelyezésük pedig biztonságot, anyagi és erkölcsi sikereket biztosít.

Az élettartam meghosszabbítását illetően a válasz korántsem ilyen egyszerű. Még nem ismerjük az infarctusos betegnél a másodlagos megelőzés eredményeit.

Másrészt viszont, a betegek gyakori ellenőrzése, hozzáférhetősége, a prognózis folyamatos követése lehetővé teszi a legkisebb zavar korai felismerését és a tartalékokat esetleg súlyosan érintő szövödmények megelőzését. Ez utóbbi tényező már közvetlenül hozzájárulhat az élettartam meghosszabbításához.

1. *Angster H.*: Münch. med. Wschr. (1974), 116, 46, 1; 2. *Bock H., Donat K., Ilker H. G., Krasemann E. O., Laubinger G.*: Münch. med. Wschr. (1973), 115, 11, 449; 3. *Etzler J.*: Herzinfarkt, Stiftung Rehabilitation. Informationsspiegel No. 5. Oktober 1975. Heidelberg; 4. *Feruglio G. A., Passerelli A., Pessina G.*: Valutazione clinica, funzionale, psicologica e ritorno al lavoro di un grupo di infartuati dimessi dell'unita coronarica. IV Congresso Nazionale Scientifico dell' Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Napoli, 16—17 marzo 1973; 5. *Fletcherr G. F., Cantwell J. D.*: Arch. Intern. Med. (1974), 134, 63; 6. *Gottheiner V.*: Der internist (1971), 12, 236; 7. *Halhuber M. J.*: I. Symposion des Benedikt-Kreuz-Rehabilitationszentrums. Bad Krozingen, okt. 1970. „Die Rehabilitation von Herz und Kreislaufkranken“, Rainer Basler HRSG, Bad Krozingen, 1971, 49; 8. *Halhuber M. J., Milz H. P.*: Praktische Präventiv-Kardiologie. Höhenrieder Seminarbuch. Urban Schwarzenberg. München—Berlin—Wien, 1972; 9. *Jochheim K. A., Scholz F. J.*: Rehabilitation. Band I.—II. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975; 10. *Kikeli P., Horváth E.*: Sistem ambulator pentru reabilitarea bolnavilor cu infarct miocardic. Az OTTSz marosvásárhelyi Fiókja, Belgyógyászati Szakosztályának 1976. május 6-ji ülésén bemutatott dolgozat; 11. *Kikeli P., Horváth E., Magyarósi Gy., Réthi A., Albert I., Póth Ildikó, Tatár Márta*: in „Al II-lea Congres National de Cardiologie“. București, 1977, 81; 12. *Kikeli P., Horváth E., Magyarósi Gy., Fórika Gy., László J., Albert I.*: Cardiology (1977), 62, 2, 100; 13. *Kikeli P., Horváth E., Tatár Márta, Kovalszki P., Gönczy A., Udvarhelyi M., Cseh B., Kovács A.*: Aspecte medicale, psihologice și sociale ale reabilitării bolnavilor cu infarct miocardic. Experiența de 5-ani a cabinetului de reabilitare din Tirgu Mureș. Simpozion „Recuperarea în bolile cardiovasculare. model Covasna“. 28—29 sept. 1979. Covasna; 14. *Kellermann J. J.*: Progress in Cardiovascular Disease (1975), 27, 4, 303; 15. *Krasemann E. O.*: Herzinfarkt Rehabilitation. Beiersdorf-Schriftenreihe im perimed. Verlag Dr. med. D. Straube, Erlangen, 1976; 16. *Kubicek F.*: Wien. klin. Wschr. (1973), 85, 50. suppl. 19; 17. *Matzdorf F.*: Herzinfarkt prävention und rehabilitation. Urban Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1975; 18. Organisation Mondiale de la Santé. Copenhague. La readaptation physique des malades atteints d'infarctus aigu du myocarde. Programme établi par un Groupe de Travail. Fribourg en Brisgau, 4—6 mars 1968; 19. Organisation Mondiale de la Santé. Copenhague. Evaluation des programmes complets de readaptation et prévention destines aux patients relevant d'infarctus aigu du myocarde. Prague, 4—7 oct. 1971. Moscou 27—30 nov. 1972; 20. *Patiu I.*: Unele aspecte ale antrenamentului fizic în reabilitarea bolnavilor cu infarct miocardic sau sindrom intermediar. Doktorii értekezés, Cluj-Napoca, 1974; 21. *Roskamm H.*: Medical Tribune (1974), 7, 22, 11; 22. *Schvacabaja I. K., Zajcev V. P.*: Psychological evaluation and intervention for the needs and purposes of WHO study. Working Group on the evaluation of studies on comprehensive rehabilitative and Preventive Programmes for Patients with Myocardial Infarction. Turku, 27—30 May 1974; 23. *Semple T., Williams B. O., Begg T. B., Mc Guttnes J. B.*: Brit. Heart J. (1974), 6, 536; 24. *Zohmann R. Leonore, Tobis J. S.*: Cardiac Rehabilitation. Grune Stratton, New York—San Francisco—London, 1970.

A szerkesztőségbe érkezett: 1980. október 7-én.