

## Rehabilitacja Kardiologiczna w Polsce – zarys historyczny.

*Zarys historii rehabilitacji kardiologicznej w Polsce przygotowany przez członków Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – Profesora Stanisława Rudnickiego i Doktor Jadwigę Wolszakiewicz.*

Rok 1772 naszej ery jest rokiem, kiedy ćwiczenia fizyczne wkroczyły do kardiologii. W tym właśnie roku Wiliam Heberden na łamach „Medical Transaction of the College of Physician” opublikował artykuł „Pectoris dolor” opisując przypadek pacjenta z własnej praktyki, który „prawie się wyleczył zajmując się piłowaniem drzewa codziennie przez 30 minut, przez okres 6 miesięcy”.

Na dziesiątki, a nawet setki lat zapomniano o znaczeniu aktywności fizycznej, zastępując ją bezruchem w leczeniu chorych kardiologicznych. Trwało to aż do połowy XX wieku. Zapomniano w tym czasie o pracach udowadniających, że bezruch i hipokinezja mają szkodliwy wpływ na wszystkie podstawowe funkcje fizyczne i metaboliczne organizmu (prace Taylora- 1928, Saltina). Prace te stanowiły potwierdzenie, że należy skracać unieruchomienie i bezruch pacjenta do niezbędnego minimum.

Ojcem rehabilitacji kardiologicznej w Polsce był profesor Mściwój Semeran-Siemianowski, który w latach 30-tych ubiegłego wieku zalecał pacjentom kardiologicznym (po zawale serca) umiarkowany wysiłek fizyczny i dawkowane spacerowanie na wyznaczonych trasach o różnym stopniu trudności. Również sam wbrew zaleceniom i przerażeniu własnych asystentów sprawdzał wcześniejsze uruchamianie w czasie hospitalizacji po przebytych zawałach serca.

Na początku lat 50-tych ubiegłego wieku istotnym propagatorem rehabilitacji kardiologicznej był Józef Stanowski (Kraków), który postulował „trój etapową rehabilitację sterowaną”: w warunkach szpitalnych, sanatoryjnych i ambulatoryjnych. Jednak dopiero na przełomie lat 50-tych XX wieku, zaczęto powszechnie zezwalać pacjentom z chorobami układu krążenia na większą aktywność ruchową.

### **Do grona współtwórców rehabilitacji kardiologicznej w Polsce należały zespoły klinik i ośrodków kardiologicznych:**

- Edmund Żera, Adam Kontowt – Warszawa
- Sylwester Łukasik, Krzysztof Wrabec – Wrocław
- Kazimierz Jasiński, Piotr Dylewicz – Poznań
- Jan Król, Krzysztof Moczurad – Kraków
- Bolesław Bara – „Repty” Tarnowskie Góry
- Zdzisław Askanas, Stanisław Rudnicki – Warszawa

Wiodącą rolę w propagowaniu i wprowadzaniu odpowiednich programów i modeli kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej odegrał Zdzisław Askanas (1910-1974). W IV Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie, w Centralnej Przychodni Chorób Układu Krążenia i Instytucie Kardiologii Akademii Medycznej, które były kierowane przez profesora Zdzisława Askanasa, w latach pięćdziesiątych zostały wypracowane podstawy naukowe rehabilitacji kardiologicznej. Na bazie wyżej wymienionych struktur powstała też Pracownia i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej kierowany przez Stanisława Rudnickiego, równocześnie Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej w Uzdrawisku Inowrocław.

Opracowania zespołu Zdzisława Askanasa i Stanisława Rudnickiego naruszały konserwatyzm lekarski i utrwalone nawyki długotrwałego unieruchomienia (6-8 tygodni) chorych po przebytych zawałach serca i

doprowadziły do stworzenia pionierskich programów wczesnej rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z chorobami układu krążenia.

Opracowano programy i modele postępowania usprawniającego wraz z kryteriami kwalifikacji, prognozowania i oceny efektów na każdym etapie leczenia: szpitalnym – Model A dla pacjentów bez powikłań, a Model B dla chorych o przebiegu powikłanym. Powstały programy rehabilitacji poszpitalnej – Modele ABCD wprowadzane w warunkach stacjonarnych bądź ambulatoryjnych. Te opracowania są fundamentem polskiej szkoły rehabilitacji kardiologicznej, są powszechnie akceptowane, modernizowane i stosowane we wszystkich placówkach rehabilitacji kardiologicznej w Polsce. Mają zastosowanie u wszystkich chorych leczonych zachowawczo, inwazyjnie, a także po zabiegach kardiochirurgicznych z transplantacją serca włącznie.

Od roku 1962 tematy związane z rehabilitacją kardiologiczną są stałą pozycją posiedzeń i sesji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Prezentowane doniesienia na zjazdach i kongresach oraz publikacje dostarczały niezbędnych dowodów, że przy przestrzeganiu zasad wskazań i kryteriów kwalifikacji procedury rehabilitacji są bezpieczne. Każdy pacjent z chorobami układu krążenia może odnieść odczuwalne korzyści z uczestnictwa w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej – fizycznej, psychicznej, socjalnej i stosowanej prewencji wtórnej.

Tak wypracowane zasady rehabilitacji kardiologicznej w Polsce, znalazły uznanie na arenie międzynarodowej. W roku 1964, w czasie trwania Europejskiego Kongresu Kardiologicznego doszło do spotkania Zdzisława Askanasa z przedstawicielami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z Genewy i Europejskiego Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze. Efektem tego spotkania było powstanie 2 wielkich programów badawczych – rejestru chorób układu krążenia Monica w skali światowej oraz rehabilitacji kardiologicznej w skali Europy. W obu programach bardzo aktywnie działali badacze z Polski. W programie rehabilitacji uczestniczyły 34 ośrodki pod auspicjami WHO i Rady Rehabilitacji Międzynarodowego Towarzystwa Kardiologicznego. W pracach grup roboczych brali udział przedstawiciele Polski: Zdzisław Askanas, Stanisław Rudnicki, Jan Tylka.

Niezwykle ważnym dla rozwoju rehabilitacji kardiologicznej w Polsce było wsparcie Profesora Wiktora Degi, który był twórcą polskiej szkoły rehabilitacji oraz Profesora Mariana Weissa. Z inicjatywy Mariana Weissa w latach 70-tych ubiegłego stulecia rehabilitacja była jednym z głównych tematów programu współpracy polsko – amerykańskiej im. Marii Curie – Skłodowskiej. W programie z ramienia Polski brały udział ośrodki kardiologiczne z Warszawy i Krakowa. Głównym wykonawcą Zespołu Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie byli Zdzisław Askanas, a od 1974 roku Stanisław Rudnicki i Jan Król.

### **Do osiągnięć polskiej rehabilitacji kardiologicznej należy zaliczyć kolejno:**

- Skrócenie unieruchomienia chorych kardiologicznych leczonych w szpitalach do niezbędnego minimum (Modele A 3 – 7 dni, Model B > 7 dni), a brak rehabilitacji wewnątrzszpitalnej uznaje się za błąd w sztuce lekarskiej.
- Zastosowanie już w latach 60-tych XX wieku telemetrii w praktyce klinicznej w warunkach szpitalnych (przed Holterem)
- Wprowadzenie prób wysiłkowych EKG (1968 rok) w celu kwalifikacji i oceny efektów rehabilitacji. Aktualnie są one wspólnie z ergospirometrią podstawą diagnostyki, kwalifikacji do rehabilitacji i oceny skuteczności usprawniania niemal na wszystkich etapach rehabilitacji.
- Przełamanie zasad kierowania na leczenie sanatoryjno – uzdrowiskowe. Stworzyło to możliwości kontynuowania wczesnego usprawniania i realizacji II etapu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Do lat 60-tych ubiegłego stulecia obowiązywał zakaz kierowania pacjentów do 6 miesięcy po przebytych zawale serca, a bezwzględny przeciwwskazaniem do leczenia uzdrowiskowego chorych były: też: migotanie przedsionków, niewydolność serca. Obecnie rehabilitacja kardiologiczna jest postępowaniem niezbędnym w leczeniu pacjentów z chorobami układu krążenia w tym u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca.

Działania ośrodków naukowo-badawczych w szpitalach uzdrowiskach będących pod patronatem klinik doprowadziły do przekształcenia tych ośrodków w uzdrowiskowe szpitale rehabilitacji kardiologicznej. Inowrocław – Z. Askanas, S. Rudnicki, E. Welc, U. Seremak (Warszawa), K. Jasiński (Poznań); Nałęczów – E. Żera (Warszawa); Rabka – J. Król, J. Żwirski (Kraków); Polanica Zdrój – S. Łukasik, K. Wrabec (Wrocław). Wiodącym ośrodkiem wczesnej szpitalnej rehabilitacji w latach 1975-2000 był Szpital Uzdrowiskowy Rehabilitacji Kardiologicznej w Konstancinie, działający pod patronatem Kliniki i Zakładu Rehabilitacji Kardiologicznej Instytutu Kardiologii (kierownik Profesor Stanisław Rudnicki).

Równocześnie stworzono podstawy do kontynuacji II etapu rehabilitacji kardiologicznej. Znaczący wkład w rozwój rehabilitacji ambulatoryjnej III etapu mają: W. Więcek – Bydgoszcz, A. Jegier – Łódź, A. Kowalisko – Wrocław, K. Moczurad – Kraków, A. Kontowt, L. Ziółkowski, S. Czarniak – Warszawa.

W czasie wieloletniej pracy zespół psychologów (Stanisław Siek, Kazimierz Wrześniowski, Jan Tylka, Henryka Ostrowska) Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej stworzył zasady i wytyczne rehabilitacji psychologicznej na każdym etapie leczenia.

Znaczącymi placówkami w propagowaniu nowoczesnych metod rehabilitacji w Polsce w tym czasie były: Szpital Rehabilitacji Kardiologicznej w Kiekrzu (Piotr Dylewicz), „Repty”- Górnośląskie Centrum Rehabilitacji (Krystian Oleszczyk, Jerzy Rybicki), Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku (Stanisław Bakała, Dominika Zielińska), Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Anna Jegier), Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu (Zbigniew Eysymontt, Michał Gałaszek), Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Aninie (Stanisław Rudnicki, Ryszard Piotrowicz).

Na tak przygotowanym gruncie naukowo-organizacyjnym z inicjatywy Piotra Dylewicza, Stanisława Rudnickiego i Krzysztofa Mazurka **w roku 1995 powstała Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Fizycznego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego**. W pierwszym założycielskim zebraniu sekcji uczestniczyło 24 członków. Obecnie sekcja liczy ponad 200 osób. Kolejnymi przewodniczącymi zarządu tej sekcji byli: Piotr Dylewicz, Krzysztof Mazurek, Michał Gałaszek, Ryszard Piotrowicz, Dominika Szalewska, Zbigniew Eysymontt, Jadwiga Wolszakiewicz. Przedstawiciele sekcji aktywnie działali i działają: w Komitecie Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk, w Sekcji Rehabilitacji Medycznej Towarzystwa Internistów Polskich, we władzach Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i w Asocjacji Prewencji Chorób Serca i Naczyń i Rehabilitacji, Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego- European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR) European Society of Cardiology (ESC).

Stanisław Rudnicki za aktywną działalność naukową i szkoleniowo-organizacyjną na niwie rehabilitacji uzyskał najwyższe odznaczenie Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, a Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej nadała tytuł Honorowego Przewodniczącego Sekcji.

**W lutym 1996 roku odbyło się w Ustroniu I Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji** od tego czasu rokrocznie członkowie sekcji i osoby zainteresowane tematyką rehabilitacji kardiologicznej mieli możliwość zimowego spotkania w Ustroniu. Przez kolejnych 16 lat Komitetowi Organizacyjnemu Sympozjum Sekcji przewodniczył Michał Gałaszek, w latach 2012-2015 Zbigniew Eysymontt, a w latach 2016-2018 Jadwiga Wolszakiewicz. Tylko dwa razy Sympozja odbyły się poza terenem Beskidów, w Jachrance w latach 2017 i 2018.

Zespoły naukowo – badawcze Warszawy, Poznania, Wrocławia, Krakowa prezentowały dorobek polskiej rehabilitacji kardiologicznej na światowych Kongresach Rehabilitacji Kardiologicznej w Hamburgu (1977), Jerozolimie (1980), Bordeaux (1992), Buenos Aires (1996), Manili (2000) oraz na licznych innych zjazdach, kongresach, sympozjach o znaczeniu międzynarodowym – New Delhi, Ateny, Moskwa, Bratysława, Paryż, Zurych, Kair, Rzym, Madryt, Barcelona, Praga. Stanisław Rudnicki, Piotr Dylewicz, Jan Tylka, Krzysztof Mazurek, Krzysztof Makowiecki byli członkami komitetów naukowych i prowadzili sesje na tych posiedzeniach. Prezentowane prace zdobywały wyróżnienia, a prezentacja Ligii Rausińskiej – Nocny i współpracowników z Instytutu Kardiologii

zdobyła jedną z trzech pierwszych nagród na XXV FIMS World Congress of Sports Medicine w Atenach w 1994 roku.

Na niwie krajowej bardzo intensywnie prowadzono szkolenie kadr – lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, psychologów. Opracowane programy szkoleń są prezentowane w licznych publikacjach, broszurach i rozdziałach książek, które stanowią materiały dla wszystkich uczestników procesu rehabilitacji – zespołów medycznych, ale też pacjentów. Obecnie wiodącą rolę koordynatora rehabilitacji kardiologicznej pełni Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Aninie – pod kierownictwem Ryszarda Piotrowicza.

W podsumowaniu należy podkreślić, że dzięki twórczej pracy wielu zespołów: Instytutu Kardiologii, ośrodków, klinik, oddziałów szpitalnych, centrów medycznych, kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stała się integralną częścią kardiologii. Ewolucja rehabilitacji polegała na zmianach pierwszoplanowych celów działań leczniczych: od przeciwdziałania skutkom unieruchomienia (lata 60 XX wieku), do działań mających doprowadzać pacjentów do szybkiego powrotu do aktywności zawodowej (lata 70-80 XX wieku). Natomiast w XXI wieku kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stała się istotnym, unikalnym narzędziem prewencji wtórnej w chorobach serca. Opisany rozwój rehabilitacji stworzył trwałe podstawy do sprostania nowym wyzwaniom. Dziś rehabilitacja kardiologiczna nie tylko może, ale powinna być stosowana bezpiecznie u wszystkich pacjentów z chorobami układu krążenia.