

Άσκηση στην κολπική μαρμαρυγή: ταμπού ή αναγκαιότητα;

Κωνσταντίνος Αθ. Βόλακλης

Κλινικός Εργοφυσιολόγος, Κλινική Πρόληψης & Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Μονάχου

Η άσκηση, ως αναπόσπαστο μέσο θεραπείας των καρδιαγγειακών παθήσεων, έχει αναγνωριστεί εδώ και δεκαετίες. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει, επίσης, τα ιδιαίτερα οφέλη της στην κολπική μαρμαρυγή τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη.

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), κατά την οποία οι κόλποι της καρδιάς συστέλλονται γρήγορα και ακανόνιστα, είναι ο συνηθέστερος τύπος διαταραχής του καρδιακού ρυθμού και ο κίνδυνος εμφάνισής της αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Οι ασθενείς αισθάνονται ζάλη, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, πόνο στο στήθος και εύκολη κόπωση, με αρκετούς εξ αυτών να παραμένουν ασυμπτωματικοί (το ένα τρίτο). Βασικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν, εκτός από την ηλικία, η προϋπάρχουσα καρδιοπάθεια, η παχυσαρκία, η κατάχρηση αλκοόλ και καφεΐνης, η άπνοια ύπνου, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το υπερβολικό άγχος. Οι ασθενείς με ΚΜ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για δημιουργία θρόμβων και, κατά συνέπεια, εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου.

Η άσκηση για πολλά χρόνια αποτέλεσε «ταμπού» για αυτή την κατηγορία ασθενών, ενώ ακόμη και σήμερα υπάρχει σύγχυση γύρω από το θέμα αυτό. Όσον αφορά στην πρόληψη, φαίνεται να υπάρχει μία σχέση ανεστραμμένου U. Δηλαδή, όσοι κάνουν καθιστική ζωή αλλά και όσοι γυμνάζονται συχνά σε πολύ υψηλή ένταση φαίνεται να διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Σημαντική μείωση του κινδύνου έχουν μόνο όσοι ακολουθούν δια βίου μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες, συνολικής εβδομαδιαίας συχνότητας 3 έως 5 φορές και διάρκειας 120 έως 150 min.

Τίσιχου, όμως, όταν η άσκηση εφαρμόζεται σε ασθενείς με ΚΜ; Η επίδρασή της σχετίζεται με πολλούς παράγοντες και η εφαρμογή της απαιτεί προσοχή. Το πιο βασικό κριτήριο είναι, ίσως, η επίτευξη σφύξεων μεταξύ 70-100 στην ηρεμία και η απούσια συμπτωμάτων. Για τον έλεγχο της προσπάθειας μπορεί κάποιος στην πράξη να χρησιμοποιήσει την κλίμακα κόπωσης του Borg (όπου σε μια εικοσαβάθμια κλίμακα δεν θα πρέπει να ξεπερνάται το επίπεδο 11).

Γενικώς γνωρίζουμε ότι όσοι ασθενείς ακολουθούν επιθετική στρατηγική μείωσης των παραγόντων κινδύνου (με απώλεια βάρους και άσκηση) παρουσιάζουν σημαντική μείωση στα ποσοστά επανεμφάνισης ΚΜ. Με άλλα λόγια, βελτώνουν σημαντικά την έκβαση της επέμβασης κατάλυσης της ΚΠ (γνωστής και ως ablation), ενώ παράλληλα εξοικονομούνται σημαντικοί πόροι του συστήματος υγείας αλλά και πιθανή ταλαπωρία του ασθενούς. Σε μελέτη, όπου συμμετείχαν παχύσαρκοι ασθενείς με ΚΜ, παρατηρήθηκε,



ότι, για κάθε 1 MET βελτίωσης της φυσικής κατάστασης ο σχετικός κίνδυνος επανεμφάνισης ΚΜ μειώνονταν κατά 9%, στη διάρκεια 4 ετών παρακολούθησης. Επίσης, σε άλλη μελέτη, βρέθηκε ότι η συστηματική άσκηση μείωσε το αρρυθμολογικό φορτίο σε ποσοστό 38% των ασθενών που γυμνάστηκαν, ενώ μόνο 20% στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου.

Προσοχή απαιτείται σε περιπτώσεις ασθενών με εμμένουσα ΚΜ, χωρίς καλή φαρμακευτική ρύθμιση και υψηλές σφύξεις στην ηρεμία, που κυμαίνονται μεταξύ 90-110 το λεπτό ή και περισσότερο. Σε αυτούς ο θεράπων καρδιολόγος θα πρέπει να σταθμίσει τη σχέση οφέλους/κινδύνου και να εξετάσει την αιμοδυναμική ανταπόκριση του ασθενούς στην άσκηση. Η τελευταία θα πρέπει να διεξάγεται υπό ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση και επίβλεψη για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η άσκηση σε ασθενείς με ΚΜ θα πρέπει να εξατομικεύεται αυστηρά και να λαμβάνονται υπόψιν τα επίκαιρα συμπτώματα του αρρώστου (κλινικά σταθερός ή με πρόσφατο αρρυθμικό επεισόδιο ΚΜ). Ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί στον έλεγχο τυχόν συμπτωμάτων κατά την άσκηση, έτσι ώστε έγκαιρα και σε συνεργασία με το γιατρό του να μπορεί να βελτιστοποιήσει τη θεραπευτική του αγωγή. ●