

Ασκούμενοι-Αθλητές & Κολπική Μαρμαρυγή: Συνδέονται;

**ΑΣΚΗΣΗ
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ
ΣΠΟΡ**

Γεώργιος Βαβέτσας Ph.D.

Κλινικός Εργοφυσιολόγος

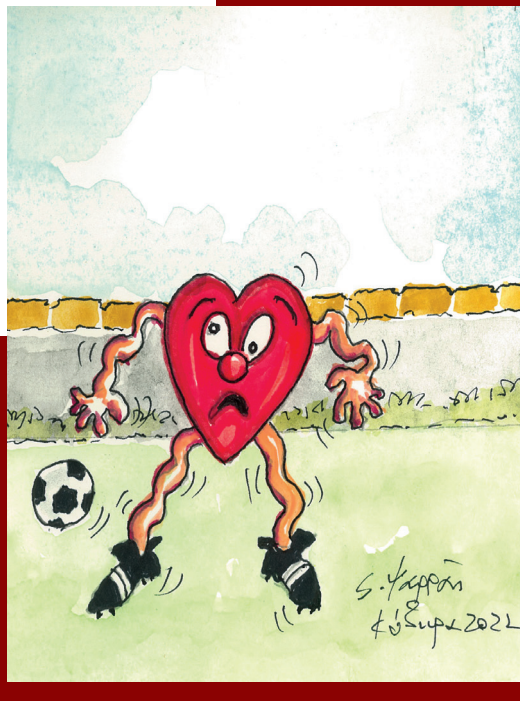
Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια συχνή καρδιακή αρρυθμία, που σχετίζεται με αυξανόμενο επιπολασμό με την πάροδο της ηλικίας, με δύσπνοια, δυσανεξία στην άσκηση και αυξημένο κίνδυνο για κλινικά συμβάντα, ιδιαίτερα εγκεφαλικό και καρδιακή ανεπάρκεια. Αυτό το φαινόμενο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της κολπικής συνεισφοράς στην άντληση αίματος, οδηγώντας σε μείωση 15-25% του όγκου του αίματος στις κοιλίες, πριν από τη σύσπαση. Έτσι, αντί για δυνητικά πέντε λίτρα αίματος που φεύγει από τις κοιλίες ανά λεπτό, μπορεί να μειωθεί στα 3 έως 4 λίτρα ανά λεπτό.

Ο κολποκοιλιακός κόμβος καθίσταται ανίκανος να διεξάγει παλμούς από τους κόλπους, με αποτέλεσμα οι κόλποι να χτυπούν πιο γρήγορα από τις κοιλίες. Κατά τη διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής, οι κόλποι χτυπούν 400 έως 600 φορές το λεπτό, ενώ οι κοιλίες μπορεί να χτυπούν έως και 175 φορές το λεπτό. Οι κόλποι και οι κοιλίες, χτυπούν ασυντόνιστα, δημιουργώντας έναν γρήγορο και ακανόνιστο καρδιακό ρυθμό.

Δεδομένης της συχνότητας σχηματισμού θρομβοεμβολικών επιπλοκών, το πρόβλημα της ΚΜ στους αθλητές είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Το σύνδρομο Paget-Schroetter, οι τραυματισμοί των άκρων, η αφυδάτωση και η συμπίεση εμφανίζονται συνήθως σε αθλητές και κάτω από τέτοιες συνθήκες, η επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής είναι πάνω από τέσσερα άτομα ανά 100.000 περιπτώσεις

Οι περισσότεροι συνδέουμε την άσκηση, με την καλή λειτουργία της καρδιάς, όμως, σε μερικές περιπτώσεις, πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στον τρόπο που θα συνταγογραφήσουμε την άσκηση σε ασκούμενους.

Οι περισσότεροι συνδέουμε την άσκηση, με την καλή λειτουργία της καρδιάς, όμως, σε μερικές περιπτώσεις πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στον τρόπο που θα συνταγογραφήσουμε την άσκηση σε ασκούμενους, γνωρίζοντας, ότι οι αθλητές διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν Κολπική Μαρμαρυγή, συγκριτικά με τους μη αθλητές, έχοντας περίπου 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο. Νεότερες μάλιστα μελέτες δείχναν, ότι οι νεότεροι σε ηλικία αθλητές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους, ενώ δρομείς αποστάσεων παρουσίασαν πενταπλάσια αύξηση συμβάντων. Διαπιστώθηκε δε, ότι οι αθλητές είχαν σχεδόν



τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής, συγκριτικά με τα άτομα που δεν αθλούνταν και δεν είχαν παράγοντες κινδύνου καρδιακών παθήσεων (Υπέρταση, Διαβήτης), ενώ τα χαμηλά έως μέτρια επίπεδα έντασης άσκησης οδηγούν σε χαμηλότερο κίνδυνο.

Οι μηχανισμοί, με τους οποίους η προπόνηση αυξάνει τον κίνδυνο ΚΜ, είναι περίπλοκοι και υποθετικοί. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου ενδεχομένως να αποδίδεται στη διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων και την ίνωση που προκαλείται στο μυοκάρδιο, μετά από παρατεταμένη και επίπονη σωματική άσκηση, αλλά και την επίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, παράγοντες που συχνά μεταβάλλονται σε αθλητές αντοχής και μπορεί να έχουν αιτιολογική σχέση με τον αυξημένο επιπολασμό της Κολπικής Μαρμαρυγής, έχοντας ως αποτέλεσμα κάποια διόγκωση και στους δύο κόλπους και κοιλίες ως υγιή φυσιολογική προσαρμογή. Η πρόσληψη αλκοόλ, η χρήση διεγερτικών, αναβολικών στεροειδών ή φαρμάκων που ενισχύουν την αθλητική απόδοση, οισοφαγική παλινδρόμηση που προκαλείται με την άσκηση, ή διακοπή του ύπνου με τη μεσολάβηση του πνευμονογαστρικού, είναι παράγοντες που ενισχύουν τα επεισόδια ΚΜ.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα βελτιώνει την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών διασκεδαστικών δραστηριοτήτων και μειώνει παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε καρδιακές προσβολές, εγκεφαλικά επεισόδια ή πιο σοβαρά προβλήματα στον καρδιακό ρυθμό. Οι βασικές αρχές του Συνταγολογίου της άσκησης που πρέπει να εφαρμόσουμε,

στηρίζονται στην αρχή της προοδευτικότητας, ξεκινώντας με ελαφριά έως μέτρια προσπάθεια, και αυξάνουμε σταδιακά το ρυθμό και το χρόνο, δίνοντας έμφαση στην προ-θέρμανση, την αποθεραπεία και την ενυδάτωση.

Για ενήλικες, αλλά όχι αθλητές, συστήνεται αερόβια ρυθμική δραστηριότητα (ποδηλασία, περπάτημα) με προπονητική συχνότητα 2-3 φορές ανά εβδομάδα και για 150 λεπτά συνολικού χρόνου, ξεκινώντας με συνεδρίες των 10-15 λεπτών και κλιμακώνοντας μέχρι και 20-60 λεπτά συνεχόμενης άσκησης, με χαμηλή έως μέτρια ένταση. Για απώλεια λίπους αφιερώνουμε διπλάσιο χρόνο για καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες. Η προπόνηση με αντιστάσεις βοηθά στον έλεγχο των καθημερινών δραστηριοτήτων, τις οποίες κάνει ευκολότερες και ασφαλέστερες. Επιλέγοντας δραστηριότητες και χρησιμοποιώντας το βάρος του σώματος, ή μικρά βαράκια και μηχανήματα μπορούμε να οδηγηθούμε σε ένα σπουδαίο αποτέλεσμα.

Ελαφριές επιβαρύνσεις της τάξης του 60% της 1RM, με προπονητική συχνότητα 2-3 φορές την εβδομάδα, εκτελώντας 2 σειρές (σετ) των 12-15 επαναλήψεων για τις μεγάλες Μυϊκές ομάδες, είναι ικανή δοσολογία για ξεκίνημα. Η προπονητική επιβάρυνση μπορεί να αυξηθεί σταδιακά μέχρι και στο 80% της 1 RM, εκτελώντας 8-12 επαναλήψεις. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή εκτέλεση τεχνικά των ασκήσεων, η αποφυγή της συγκράτησης της αναπνοής και φυσικά η καθοδήγηση από έναν επαγγελματία της άσκησης.

Δραστηριότητες που προάγουν την ισορροπία και την επιδεξιότητα είναι αρκετά χρήσιμες, όπως και τα προγράμματα μυϊκών διατάσεων. Η σύσταση είναι για τουλάχιστον 2 ημέρες ανά εβδομάδα, αλλά βέλτιστα αποτελέσματα βλέπουμε με καθημερινή συμμετοχή σε αυτά (7 ημέρες). Η διάρκεια εφαρμογής της διάτασης μπορεί να ξεκινήσει από τα 15-20 δευτερόλεπτα και να κορυφωθεί στο ένα λεπτό για ηλικιωμένους ενήλικες, για τις βασικές μυϊκές ομάδες. Το Thai Chi, η Yoga και το Pilates, μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη από πτώσεις και να ενισχύσουν τη νευρομυϊκή αποτελεσματικότητα.

Μεγάλοι θρύλοι του παγκόσμιου αθλητισμού, όπως ο Λάρυ Μπερντ (Καλαθοσφαιριστής NBA), που κέρδισε πολλά βραβεία ως πολυτιμότερος παίκτης, δεν σταμάτησε να αγωνίζεται ακόμη και όταν του παρουσιάστηκαν συμπτώματα ΚΜ, όπως ζαλάδες, αποπροσανατολισμός και ταχυκαρδία, γεγονός το οποίο δεν ανέφερε ποτέ στην ιατρική του ομάδα, η οποία είναι η απόλυτη αρχή για τον καθορισμό της συμμετοχής του ή όχι σε αγώνες ή προπονήσεις, καθώς έχει την ηθική, ιατρική και νομική υποχρέωση να ενημερώνει τον αθλητή για τους κινδύνους που υπάρχουν, διασφαλίζοντας την υγεία του.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό, με ιδιαίτερη έμφαση στις χειρουργικές αναφορές, προσεκτική φυσική εξέταση και πλήρη απεικονιστική μελέτη, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της μέγιστης πίεσης στην πνευμονική αρτηρία. Οι δοκιμασίες άσκησης σε διάδρομο ή ποδήλατο με εργοσπιρομέτρηση αξιολογεί καλύτερα την ικανότητα εργασίας, και ορίζοντας τυποποιημένα πρωτόκολλα (Bruce) μπορούμε να έχουμε δεδομένα από την καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), μέγιστου καρδιακού ρυθμού, ΑΠ και πιθανώς ανάλυση αναπνευστικών αερίων με πρόσληψη οξυγόνου (VO₂max), για το σχεδιασμό ακριβέστερων προπονητικών προγραμμάτων. ●