

Wydolność fizyczna a wady wrodzone serca

dr n. med. Anna Turska-Kmieć

Klinika Kardiologii, Instytut „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa



Jakość życia chorych po korekcji wrodzonej wady serca (WWS) w dużym stopniu wiąże się z ich wydolnością fizyczną. Wraz z obniżeniem wieku wykonywania zabiegów naprawczych w WWS i postępem w zakresie technik stosowanych podczas tych zabiegów obserwuje się poprawę wyników leczenia i należy oczekiwać per-

spektywnie lepszej wydolności wysiłkowej u tych pacjentów. Po leczeniu prostych WWS z bardzo dobrym efektem zabiegu operacyjnego i/lub interwencyjnego przezskórnie nie ma ograniczeń do uprawiania sportu przez dzieci bez arytmii, bez omdleń, z dobrą funkcją komór, niewymagających farmakoterapii i z adekwatnym do stopnia wysiłku przyspieszeniem rytmu serca [1]. Z badań przeprowadzonych w ramach programu POLKARD 2006–2008 [2] wynika, że obecnie w populacji młodych pacjentów przechodzących pod opiekę ośrodków kardiologii dla dorosłych przeważają osoby z prostymi wadami serca, w tym 26% stanowią chorzy po operacjach izolowanych ubytków przegród. Dlatego też wybranie tej populacji pacjentów pooperacyjnych jako materiału badawczego przez Gierat-Haponiuk i wsp. [3] jest jak najbardziej uzasadnione.

W artykule [3] słusznie zwrócono uwagę na fakt, że wiele osób, mimo bardzo dobrego wyniku korekcji wady, już od okresu dzieciństwa nie uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole i nie uprawia sportu. Na obniżenie wydolności wysiłkowej w dorosłym wieku wpływa przewlekły stan małej aktywności ruchowej (*deconditioning*). Autorzy dla uniknięcia dalszego wzrostu liczby mało aktywnych fizycznie młodych dorosłych po korekcji WWS proponują tworzenie ośrodków rehabilitacji, które będą elementem szeroko pojętej opieki nad tymi dorastającymi pacjentami. Wydaje się jednak, że takie programy powinny się zaczynać już w dzieciństwie, ale zarówno lekarze podstawowej opieki pediatrycznej, jak i kardiologzy dziecięcy często nie są dostatecznie przygotowani do orzekania o możliwości uczestniczenia ucznia w określonych zajęciach ruchowych, ponieważ nie mają dostatecznej wiedzy w zakresie medycyny sportowej, rehabilitacji, terminologii kultury fizycznej i metodyki dotyczącej wychowania fizycznego. W efekcie wydolność fizyczna młodych dorosłych pacjentów w odległym okresie po korekcji WWS staje się niższa w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami i nie spełnia kryteriów pełnego powrotu do zdrowia [3]. Uczestniczenie w wielodyscyplinarnych programach z włączeniem odpowiednio do-

branego indywidualnego zakresu ćwiczeń wysiłkowych może poprawić ogólną wydolność wysiłkową dziecka po korekcji wady serca. Nie ma jednak opracowanych jednoznacznych standardów, jak intensywnie prowadzić u dzieci taką wysiłkową rehabilitację, której program wymaga wspólnych ustaleń zespołu złożonego z kardiologa dziecięcego, rehabilitanta, dziecka i jego rodziców, a doświadczenia dotyczące tego problemu, szczególnie w odniesieniu do złożonych WWS, są niewielkie [4].

Z badań przeprowadzonych w ramach programu POLKARD 2006–2008 w referencyjnych ośrodkach kardiologii dziecięcej w Polsce wynika, że młodzi pacjenci z WWS stanowią grupę, w której istnieje wysokie ryzyko występowania trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym, a w dalszej perspektywie także problemów z satysfakcjonującym pełnieniem typowych dla osób dorosłych ról w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym [2], czemu często towarzyszy wybór pracy zawodowej o niższych wymaganiach fizycznych. Zgodnie z zaleceniami 36. Konferencji w Bethesda z 2005 r. w 3–6 miesięcy po zamknięciu z bardzo dobrym efektem izolowanych ubytków przegród serca nie ma przeciwwskazań do uprawiania sportu [5]. Przestrzeganie tych zaleceń już od okresu dziecięcego powinno zmniejszyć w przyszłej populacji młodych dorosłych liczbę pacjentów z obniżoną wydolnością fizyczną, a co się z tym wiąże — z gorszą jakością życia po leczeniu operacyjnym w tej grupie WWS.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Turska-Kmieć A, Kawalec W, Brzezińska-Rajszyś G. Problemy kardiologiczne u dzieci a uprawianie sportu. In: Braksator W, Mamcarz A, Dłużniewski M eds. Kardiologia sportowa. Via Medica, Gdańsk 2006: 219–224.
2. Kawalec W, Anna Turska-Kmieć A, Żuk M et al. Poprawa opieki kardiologicznej nad dzieckiem z patologią układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem oceny wyników leczenia i lepszej jakości życia dzieci z wrodzonymi wadami serca. Ogólnopolski program wielozadaniowy i wieloośrodkowy realizowany w ramach programu POLKARD 2006–2008. Standardy Medyczne/Pediatrics, 2009; 6: 614–622.
3. Gierat-Haponiuk K, Haponiuk I, Chojnicki M, Jaworski R, Bakula S. Exercise capacity and the quality of life late after surgical correction of congenital heart defects. Kardiolog Pol, 2011; 69: 810–815.
4. Rhodes J, Cirran TJ, Kamil L et al. Impact of cardiac rehabilitation on exercise function of children with serious congenital heart disease. Pediatrics, 2005; 116: 1339–1345.
5. Bethesda Conference Report. 36th Bethesda Conference: Eligibility Recommendation for Competitive Athletes with Cardiovascular Abnormalities. J Am Coll Cardiol, 2005; 45: 1310–1375.