

Kongres Europrevent Ateny, 11–13.05.2006 r.

Iwona Korzeniowska-Kubacka, Jadwiga Wolszakiewicz, Edyta Smolis-Bąk

Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiol Pol 2006; 64: 1043-1044

W kraju, w którym starożytni otaczali szczególną czcią boga sztuki lekarskiej Asklepiosa, w ojczyźnie Hipokratesa i Galena, którzy jako pierwsi w historii medycyny zwrócili uwagę na korzyści wynikające z regularnej aktywności fizycznej, w maju br. odbył się kongres Europrevent 2006.

Był to pierwszy kongres Europejskiego Towarzystwa Prewencji i Rehabilitacji, które powstało po połączeniu dwóch grup roboczych ESC: Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku oraz Epidemiologii i Prewencji. Głównym celem nowo powstałej sekcji jest zapobieganie chorobom układu krążenia oraz wpływ na poprawę jakości i długości życia pacjentów z już rozpoznanymi chorobami układu krążenia.

W obradach brało udział 800 uczestników z kilkudziesięciu krajów świata, prezentowano aktualny stan wiedzy na temat epidemiologii, fizjologii wysiłku, medycyny sportowej, prewencji i rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia. W trakcie odbywających się równolegle pięciu sesji wykładowych i sesji posterowej 400 osób przedstawiło wyniki swoich prac naukowych. Również Polacy wzięli czynny udział w Kongresie, prezentując kilkadziesiąt prac.

Prawie 120 wykładowców zaproszonych na kongres prezentowało najwyższy poziom wiedzy w swoich specjalnościach. Tematykę kongresu zdominowały: strategia oceny ryzyka i prewencji chorób sercowo-naczyniowych w Europie, genetyczne czynniki determinujące efekty treningu, wpływ treningu na funkcję śródbłonka, waskulogenezę i perfuzję mięśnia sercowego oraz rehabilitacja w niewydolności serca.

Jedną z pierwszych sesji kongresu była poświęcona stale rosnącej epidemii zespołu metabolicznego (ZM). E. Liberopoulos (Grecja) przedstawił aktualnie obowiązującą

definicję ZM. Kryteria ZM to: otyłość brzuszna – obwód talii ≥ 102 cm u mężczyzn, ≥ 88 cm u kobiet, hipertriglicydemia, obniżony poziom cholesterolu HDL < 40 mg/dl u mężczyzn, < 50 mg/dl u kobiet, podwyższone ciśnienie tętnicze $\geq 130/85$ mmHg oraz podwyższony poziom glukozy na czczo ≥ 100 mg/dl. Pacjenci spełniający 3 lub więcej kryteriów są definiowani jako posiadający ZM. Wiadomo, że osoby z ZM należą do grupy wysokiego ryzyka rozwoju miażdżycy i powikłań sercowo-naczyniowych. W Polsce ZM występuje u 20% dorosłej populacji. Częściej obserwowany jest u kobiet (22%) w porównaniu z mężczyznami (18%). J. Lindstrom (Finlandia) stwierdził, że styl życia ma największy wpływ na występowanie ZM. Interwencje związane ze zmianą stylu życia nie są jednak łatwe. Pacjentom brak motywacji do zmiany stylu życia, ponadto jest to kosztowne (zdrowa dieta jest droższa niż niezdrowa). M. Elisat (Grecja) poświęcił swoje wystąpienie farmakologicznemu leczeniu ZM. Podkreślił znaczenie statyn w osiągnięciu jednego z głównych celów terapeutycznych, jakim jest obniżenie LDL do wartości < 100 mg/dl, a u osób z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym < 70 mg/dl. Z leków hipotensyjnych zalecał ACEI oraz blokery receptora angiotensyny. Diuretyków i β -blokerów nie powinno się stosować w ZM.

W sesji zatytułowanej *Training the ischemic heart disease patients*, S. Gielen (Niemcy) i P. Ades (USA) przedstawili swoje argumenty za treningiem powyżej i poniżej progu niedokrwienia mięśnia sercowego. Ogółem 87% pacjentów poddawanych rehabilitacji ma ujemną próbę wysiłkową, a 13% dodatnią. S. Gielen zalecał trening powyżej progu niedokrwienia, gdyż taki trening stymuluje rozwój krążenia obocznego i waskulogenezę, jednak też o korzyściach wynikających z tego treningu opar

Adres do korespondencji:

prof. Ryszard Piotrowicz, Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 09, +48 22 343 45 19, e-mail: rpiotrowicz@ikard.waw.pl

na badaniach eksperymentalnych na zwierzętach. Obecnie obowiązuje zasada treningu poniżej progu niedokrwienia, którą poparł P. Ades. Jest to trening bezpieczny i przynoszący wiele korzyści, w tym zmniejszenie śmiertelności i poprawę jakości życia. Niedokrwienie mięśnia sercowego przejawiające się poziomym lub skośnym do dotu obniżeniem odcinków ST i (lub) dławicą piersiową w czasie próby wysiłkowej wymaga dokładnej analizy przed opracowaniem programu ćwiczeń. Ogólnie zalecana częstotliwość rytmu serca powinna być o 10 uderzeń na minutę mniejsza od tej, przy której pojawiają się te nieprawidłowości. U pacjentów z niedokrwieniem w czasie wysiłku zaleca się trening oporowy, gdyż nie powoduje znacznego wzrostu czynności serca i zwykle jest poniżej progu niedokrwienia.

Wiele uwagi poświęcono molekularnym mechanizmom adaptacji do wysiłku, szczególnie różnicom osobniczym odpowiedzi na trening fizyczny.

Od kilku lat przedmiotem zainteresowania wielu badaczy jest związek polimorfizmu genów kodujących poszczególne składowe układy RAA (reniny, angiotensynogenu, konwertazy angiotensyny oraz receptora AT1R) z predyspozycją do rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, skutecznością prewencji oraz leczenia farmakologicznego i interwencyjnego.

Zespół prof. L. Vanhessa z Leuven (Belgia) ocenił między innymi związek polimorfizmu genu dla AT1R z wydolnością fizyczną i skutecznością treningu fizycznego w ramach badania pod akronimem CAREGENE. Badaniem objęto 1095 chorych z ChNS poddanych 3-mies. treningowi fizycznemu w latach 1990–2001. Na podstawie analizy DNA stwierdzono, że polimorfizm a1166c genu dla receptora AT1R może mieć związek ze wzrostem wydolności wysiłkowej pod wpływem treningu fizycznego. Autorzy uzyskali podobne wyniki, badając polimorfizm ARG13GLY genu dla dysmutazy nadtlenowej pozakomórkowej oraz genu A640G SNP kodującego oksydazę NADPH.

Warto wspomnieć o rzadziej stosowanych formach, które mogą mieć zastosowanie w rehabilitacji. F. Carre (Francja) omówił wykorzystanie stymulacji elektrycznej mięśni obwodowych u starszych pacjentów z niewydolnością w IV klasie NYHA, po transplantacji serca. Popra-

wę tolerancji wysiłku wykazano poprzez stymulację mięśni łydki lub mięśnia czworogłowego uda prądem o częstotliwości 50 Hz przez 30 min w pozycji siedzącej. Sesje odbywały się w domu przez 5–10 tygodni, z kontrolą lekarską raz w tygodniu. Zaletą tej formy rehabilitacji jest mała liczba powikłań oraz to, że może odbywać się w domu. Jednak nie ma wyników obserwacji odległych tego rodzaju rehabilitacji.

A. Dritsas (Grecja) poświęcił swój wykład muzykoterapii, która poprzez modyfikację równowagi współczulno-przywspółczulnej chroni przed nagłym wzrostem częstości rytmu serca i ciśnienia tętniczego, wydłuża wysiłek fizyczny, poprawia nastrój. Cały wykład był ilustrowany muzycznie, gdyż wg Deritsasa odpowiednio dobrana muzyka zwiększa koncentrację.

M. Tokmakova (Bułgaria) omówiła różne metody treningu mięśni oddechowych, które w wybranych grupach chorych z niewydolnością serca przynoszą korzyści porównywalne do standardowego treningu aerobowego.

Ciekawą pracę przedstawił J.P. Schmid (Szwajcaria). Porównał w niej efekty 3-mies. treningu fizycznego u pacjentów z frakcją wyrzutową <45% z wszczepionym ICD lub bez. W obu grupach nastąpił porównywalny wzrost wydolności fizycznej i jakości życia, jednak pacjenci z ICD prezentowali istotnie wyższy poziom lęku i depresji. Autorzy zwrócili uwagę, iż u pacjentów z wszczepionym ICD w programie rehabilitacji powinno się kłaść szczególny nacisk na psychoterapię.

Na uwagę zasługuje praca T. Reybroucha i wsp. (Belgia), w której przedstawiono wyniki zastosowania treningu pionizacyjnego w leczeniu omdleń kardiodepresyjnych typu 2B. Pacjenci codziennie byli poddawani treningowi tilt przez 45 min lub do wystąpienia omdlenia. Po serii treningów u wszystkich pacjentów uzyskano ujemny wynik diagnostycznego testu pochyleniowego.

Nie sposób wymienić wszystkie prace. Szczegóły zainteresowani znajdą w streszczeniach umieszczonych w *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2006; 13 (suppl. 1).

Obrady zakończył dr Stamatias Adamopoulos, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego. Zaprosił wszystkich uczestników na kolejny kongres Europrevent 2007, który odbędzie się w Madrycie.